

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH INFORMATION (SALOMATLIK HAQIDAGI MA'LUMOTLARNI BERISH UCHUN AVKORIZAT)

Bemor ismi	Tug'ilgan sanasi	Bemorning identifikatsiya raqami/OSIS #
Bemorning manzili		

Men yoki mening vakolatli vakilim ushbu shaklda ko'rsatilgan parvarishim va davolanishim bilan bog'liq tibbiy ma'lumotlarning e'lon qilinishini so'rayman: Nyu-York shtati qonuniga va 1996 yildagi Sog'liqni saqlash sug'urtasi portativligi va javobgarligi to'g'risidagi qonunning (HIPAA) maxfiylik qoidasiga muvofiq, men quyidagilarni tushunaman:

- Ushbu avtorizatsiyaga **ALKOGOL VA GIYOHVAND MODDALARGA QARAMLIK, RUHIY DAVOLASH**, psixoterapiya qaydlari bundan mustasno, **OIV/OITS HAQIDA MAXFIY MA'LUMOTLARNI*** bilan bog'liq ma'lumotlar agar men 7-bandda tegishli qatorga initsiallarimni kiritsamgina o'z ichiga olishi mumkin. Agar quyida tavsiflangan tibbiy ma'lumotlar ushbu turdagi ma'lumotlardan birini o'z ichiga olgan bo'lsa va men 7-banddagi bo'sh joyga initsiallarimni kiritsam, men Nyu-York shahar sog'liqni saqlash va ruhiy salomatlik departamenti ("DOHMH") va Maktab sog'liqni saqlash boshqarmasi birgalikda boshqaradigan Nyu-York shahar ta'lim departamenti ("DOE")ga bunday ma'lumotlarni chiqarishga ruxsat beraman.
- Agar men OIV/OITS, alkogolizm, giyohvand moddalarga qaramlik yoki ruhiy kasalliklarni davolash bilan bog'liq ma'lumotlarni chiqarishga ruxsat bersam, DOHMH bu ma'lumotni mening ruxsatsiz qayta e'lon qila olmaydi, federal yoki shtat qonunlari bilan ruxsat etilgan hollar bundan mustasno. Men OIV/OITS bilan bog'liq ma'lumotlarimni ruxsatsiz olishi yoki foydalanishi mumkin bo'lgan odamlar ro'yxatini so'rash huquqiga ega ekanligimni tushunaman. HIV/AIDS bilan bog'liq ma'lumotlarning e'lon qilinishi yoki oshkor etilishi tufayli men kamsitishlarga duch kelsam, (888) 392-3644 yoki New York State Division of Human Rights (Nyu-York shahar Inson huquqlari komissiyasi) (212) 306-7450 raqami orqali New York City Commission of Human Rights (Nyu-York shtat inson huquqlari bo'limi) bilan bog'lanishim mumkin. Bu idoralar mening huquqlarimni himoya qilish uchun javobgardir.
- Men o'zimning ma'lumotlarimni oshkor qilishga ruxsat bergan tibbiyot xodimlariga yozma xabar yuborish orqali istalgan vaqtda ushbu ruxsatni bekor qilish huquqiga egaman. Agar ushbu ruxsatnoma asosida biror chora ko'rilmagan bo'lsa, bu ruxsatni bekor qilishim mumkinligini tushunaman.
- Ushbu avtorizatsiyani imzolash ixtiyoriy ekanligini tushunaman. Mening davolanishim, to'lovlarim, sog'liqni saqlash rejasiga ro'yxatdan o'tishim yoki nafaqa olish huquqim bu ma'lumotni oshkor qilishga roziligimga ta'sir qilmaydi.
- Ushbu avtorizatsiyaga muvofiq oshkor qilingan ma'lumotlar AQSh Sog'liqni saqlash va aholiga xizmat ko'rsatish departamenti tomonidan qayta oshkor qilinishi mumkin (yuqoridagi 2-bandda qayd etilgan holatlar bundan mustasno) va bunday qayta oshkor qilish endi federal yoki shtat qonunlari bilan himoyalanganligi mumkin.
- MEN BARCHA SOG'LIQNI QO'YILGANLARGA USHBU MA'LUMOTNI BERISH VA USHBU MA'LUMOTNI NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE (Nyu-YORK SHAHAR SALOMATLIK VA RUHIY GIGIENA DEPARTMANI) VA NEW YORK CITY DEPARTMENT OF EDUCATION (Nyu-York SHAHAR TA'LIM DEPARTMANI).**

7. E'lon qilinadigan va muhokama qilinadigan maxsus ma'lumotlar:
Barcha tibbiy ma'lumotlar (yozma va og'zaki), shu jumladan bemor tarixi, eslatmalar (psixoterapiya qaydlari bundan mustasno), tahlil natijalari, radiologik tekshiruv natijalari, plyonkalar, tavsiyalar, maslahatlar, to'lov qaydlari, sug'urta polislar va boshqa tibbiy yordam ko'rsatuvchi provayderlarimga yuborilgan yozuvlar.

Quyida sanab o'tilgan har qanday sog'liqni saqlash sharoitiga ega bo'lgan bemorlar uchun ma'lumotni chiqarishga ruxsat berish uchun dastlab: (Parixlash orqali ko'rsating)

_____ **Alkogolizm/giyohvandlikni davolash haqida ma'lumot. E'lon qilinadigan qaydlarni va ma'lumotlarni taqdim etuvchi tashkilotni ko'rsating:**

_____ **Ruhiy salomatlik haqida ma'lumot**

_____ **OIV/OITS haqida ma'lumot**

☐ Agar ushbu katakcha belgilansa, faqat bu yerda ko'rsatilgan sog'liq haqidagi ma'lumotlarni qoldiring va muhokama qiling:

(Agar siz butun yozuvning e'lon qilinishini yoki oshkor etilishini xohlamasangiz, ushbu qutidan foydalaning)

8. MA'LUMOTNI CHIQRISH UCHUN SABAB USHBU MA'LUMOT, BU YERDA BOSHQA KO'RSATILGAN BO'LGAN BO'LSA, QONUN YO'LLARIDA VAKOLLANGAN VAKIL BO'LGAN bemor yoki vakilning so'roviga ko'ra chiqariladi:	9. USHBU RUXSAT BASOR MAKTAB YOKI DASTUR YOKI OFFICE OF SCHOOL HEALTH (MAKTAB SALOMATLIK BO'LIMI) XIZMAT ETILGAN MAKTABGA RO'YXAT ETMAGUNCHA, MUHTATI TUTISH MUXTATI BO'LMAGANCHA DAVAM BO'LADI.
10. AGAR Bemor bo'lmasa, IMZO FOYDALANGAN SHAXS ism-sharifini chop eting: (OTA-ONA/VASIY TO'LDIRISHI KERAK)	11. Bemorga bo'lgan munosabat: ☐ O'z-o'zidan ☐ Ota-ona/vasiy ☐ Boshqa (quyida tavsiflab bering)

Ushbu shakldagi barcha bandlar to'ldirildi, bu shakldagi savollarimga javob berildi va menga shaklning nusxasi taqdim etildi.

QONUN BO'YICHA VAKOLAT BERILGAN BEMOR YOKI VAKILNING IMZOSI

SANA

*AIDS ni keltirib chiqaradigan odam immunotanjisligi virusi. Nyu-York shtati sog'liqni saqlash qonuni OIV alomatlarini yoki infeksiyasi bo'lgan shaxsni aniq aniqlashi mumkin bo'lgan ma'lumotlarni, shuningdek, ushbu shaxs bilan aloqada bo'lgan ma'lumotlarni himoya qiladi.

**Agar yuqoridagi 9-bandda amal qilish muddati ko'rsatilgan bo'lsa, shakl o'sha sanada tugaydi va uning o'rnini bosuvchi shakl bemorning ota-onasi yoki qonuniy vakili yoki qonun bilan vakolat berilgan boshqa shaxslar tomonidan taqdim etilishi kerak.