NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE
Health

স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য প্রকাশের অনুমতি

রোগীর নাম	জন্মতারিখ	রোগীর পরিচিতি বা আইডেন্টিফিকেশন নম্বর/OSIS#
রোগীর ঠিকানা		

আমি, অথবা আমার প্রতিনিধি, এই ফর্মে যেভাবে বলা হয়েছে, সেই অনুসারে আমার পরিচর্যা ও চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রদান করার অনুরোধ করছি। নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন ও 1996 সালের প্রাইভেসি রুল অভ দ্যা হেলথ ইনস্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট (HIPAA) অনুসারে, আমি বুঝেছি যে:

1. এই অনুমোদন **অ্যালকোহল ও মাদক দ্রব্য অপব্যবহার, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা** সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ অন্তর্ভুক্ত করতে পারে, যার ব্যতিক্রম সাইকোথেরাপি নোট এবং **গোপনীয় HIV/AIDS* সংক্রান্ত তথ্য**, শুধুমাত্র যদি আমি 7 নং অংশ বা আইটেমের যথাযথ লাইনে আমার নামের আদ্যাক্ষর (ইনিশিয়াল) দেই, তবেই। নিচে বর্ণিত স্বাস্থ্য তথ্যে যদি এই ধরনের যেকোনো তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে, এবং যদি আমি আইটেম 7-এ বক্সের লাইনটিতে আমার নামের আদ্যাক্ষর (ইনিশিয়াল) দেই, সেক্ষেত্রে আমি নির্দিষ্টভাবে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ্ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন ("DOHMH") এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন ("DOE"), যারা যুগ্মভাবে অফিস অভ স্কুল হেলথ্ পরিচালনা করে - তাদেরকে এই ধরনের তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করছি।
2. যদি আমি HIV/AIDS-সংক্রান্ত, অ্যালকোহল বা মাদক চিকিৎসা, বা মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দিই, তাহলে আমার অনুমোদন ব্যতিরেকে সেই তথ্য পুনরায় প্রকাশ DOHMH-এর জন্য নিষিদ্ধ, যদি না ফেডারেল ও স্টেটের আইন অনুসারে তা করার অনুমতি থাকে। আমি বুঝি যে যারা অনুমতি ছাড়া আমার HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য লাভ বা ব্যবহার করতে পারেন, সেসব মানুষের তালিকা পাওয়ার অনুরোধ করার অধিকার আমার আছে। HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করার ফলে যদি আমি বৈষম্যের শিকার হই, তাহলে আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিভিশন অভ হিউম্যান রাইটস-এর সাথে (888) 392-3644 নম্বরে অথবা নিউ ইয়র্ক সিটি কমিশন অভ হিউম্যান রাইটস-এর (212) 306-7450 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারি। এই এজেন্সিগুলোর দায়িত্ব হলো আমার অধিকার রক্ষা করা।
3. আমি যে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে (হেলথ্ কেয়ার প্রোভাইডার) তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করেছি, তার কাছে যেকোনো সময়ে লিখিতভাবে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আমার আছে। আমি বুঝি যে আমি এই অনুমোদন প্রত্যাহার করতে পারব, তবে এই অনুমোদনের ভিত্তিতে ইতোমধ্যে যতটুকু পদক্ষেপ গৃহীত হয়েছে সেটুকু ব্যতীত।
4. আমি বুঝি যে এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করা ঐচ্ছিক। আমার চিকিৎসা, ব্যয় নির্বাহ, একটি হেলথ প্ল্যানে অন্তর্ভুক্তি, অথবা সুবিধা বা বেনিফিটের জন্য যোগ্যতা আমার এই তথ্য প্রকাশের অনুমতি দেয়ার উপর নির্ভর করবে না।
5. এই অনুমোদনের আওতায় প্রকাশিত তথ্য DOHMH অথবা DOE পুনরায় প্রকাশ করতে পারে (এর ব্যতিক্রম উপরের আইটেম 2-এ যেমনটি উল্লেখ আছে) এবং এই পুনঃপ্রকাশ আর ফেডারেল ও স্টেটের আইনে সুরক্ষিত নাও হতে পারে।
6. **আমি আমার সকল স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে এই তথ্য নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশনের কাছে প্রকাশের এবং তাদের সাথে এই তথ্য নিয়ে আলোচনা করার অনুমতি দিচ্ছি।**

7. যে সুনির্দিষ্ট তথ্য প্রকাশ এবং আলোচিত হবে:
রোগীর ইতিহাস, অফিস নোট (সাইকোথেরাপি নোট বাদে), টেস্ট রেজাল্ট, রেডিওলজি পর্যবেক্ষণ, ফিল্ম, রেফারেল, পরামর্শ, বিলের রেকর্ড, ইনস্যুরেন্সের রেকর্ড, এবং অন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে থেকে আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে পাঠানো রেকর্ডসহ সকল (লিখিত এবং মৌখিক) স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য।

নিচে উল্লেখিত স্বাস্থ্যগত অবস্থা আছে এমন রোগীদের জন্য, তথ্য প্রকাশে সম্মতি দিতে আদ্যাক্ষর বা ইনিশিয়াল দিন: ***(নামের আদ্যাক্ষর বা ইনিশিয়াল দিয়ে উল্লেখ করুন)***

_______ **অ্যালকোহল/মাদক চিকিৎসা বিষয়ক তথ্য।** ***যে রেকর্ড এবং যে সংস্থা প্রকাশ করবে তা উল্লেখ করুন:*** _______________

_______ **মানসিক স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য**

_______ **HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য**

☐ এই বক্সটিতে যদি টিক চিহ্ন দেয়া থাকে, তাহলে শুধু এখানে উল্লেখিত স্বাস্থ্য বিষয় তথ্য প্রকাশ এবং সেবিষয়ে আলোচনা করুন: _______________

(আপনি যদি না চান যে পুরো রেকর্ড প্রকাশিত অথবা উন্মোচিত হোক, তাহলে এই বক্সটি ব্যবহার করুন।

8. **তথ্য প্রকাশের কারণ: এই তথ্য রোগী অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির অনুরোধে প্রকাশ করা হচ্ছে, যদি না এখানে অন্য কোনোভাবে উল্লেখ করা হয়ে থাকে:**	9. **এই অনুমোদন ততদিন পর্যন্ত বজায় থাকবে যতদিন পর্যন্ত রোগী DOE কর্তৃক পরিচালিত অথবা অফিস অভ স্কুল হেলথ্ পরিষেবা প্রদত্ত স্কুল বা কর্মসূচিতে ভর্তি থাকবে, যদি না একটি মেয়াদোত্তীর্ণের তারিখ এখানে উল্লেখ করা থাকে:**
10. **রোগী ছাড়া যদি অন্য কেউ এই ফর্ম স্বাক্ষর করে, ইংরেজি বড় অক্ষরে তার নাম লিখুন: (পিতামাতা/অভিভাবককে অবশ্যই পূরণ করতে হবে)**	11. **রোগীর সাথে সম্পর্ক:** ☐ স্বয়ং ☐ পিতামাতা/অভিভাবক ☐ অন্য (অনুগ্রহ করে বর্ণনা দিন)

এই ফর্ম-এর সব অংশ পূরণ করা হয়েছে ও এই ফর্ম সম্পর্কে আমার প্রশ্নগুলোর জবাব দেয়া হয়েছে, এবং আমাকে এই ফর্মের একটি কপি প্রদান করা হয়েছে।

রোগী অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর _______________ **তারিখ** _______________

***হিউম্যান ইমিউনোডেফিশিয়েনসি ভাইরাস থেকে এইডস্ (AIDS) হয়ে থাকে। নিউ ইয়র্ক স্টেটের পাবলিক হেলথ্ আইন এইচআইভি (HIV) লক্ষণ অথবা সংক্রমণ আছে এমন কারও পরিচয় প্রকাশ করতে পারে এরকম তথ্য ও ব্যক্তির যোগাযোগের তথ্যকে সুরক্ষা দেয়।**

****উপরের 9 নম্বর অংশে যদি কোনো মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ উল্লেখ থাকে, তাহলে ফর্মটি ঐ তারিখ থেকে মেয়াদোত্তীর্ণ হবে এবং সেক্ষেত্রে রোগীর পিতামাতা অথবা আইনি অভিভাবক অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত অন্য কোনো ব্যক্তি অবশ্যই একটি নতুন ফর্ম জমা দিতে হবে।**