

صحت سے متعلقہ معلومات کے افشا کرنے کا اجازت نامہ

مریض کا نام	تاریخ پیدائش	مریض کا شناختی نمبر / #OSIS
مریض کا پتہ		

- میں، یا میرا منظور کردہ نمائندہ، درخواست کرتے ہیں کہ میری دیکھ بھال اور علاج کی معلومات اس فارم کے مطابق افشا کی جائیں: نیویارک ریاستی قانون اور ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ اکاؤنٹبلٹی کے 1996 کے ایکٹ (HIPAA) کے رازداری قانون کے مطابق، میں سمجھتا ہوں کہ:
- صرف اسی وقت الکوحل اور منشیات کے غلط استعمال، ذہنی صحت کا علاج، ماسوائے نفسیاتی علاج کے نوٹس کے، اور HIV/AIDS سے متعلقہ خفیہ معلومات کا افشا کرنا اس اجازت نامے میں شامل ہوسکتے ہیں اگر میں نے شق 7 میں مناسب سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں۔ اگر کسی وقت صحت سے متعلق ذیل میں دی گئی معلومات میں اس قسم کی کوئی بھی معلومات شامل ہو جائیں، اور اگر میں نے شق 7 کے خانے کی سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں، میں نیویارک شہر محکمہ صحت اور ذہنی حفظان صحت ("DOHMH") اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم ("DOE") کو جو مل کر دفتر صحت برائے اسکول چلائے ہیں، ایسی معلومات افشا کرنے کی خصوصی اجازت دیتا ہوں۔
 - اگر میں HIV/AIDS سے متعلقہ، الکوحل یا منشیات کے علاج، یا ذہنی صحت کے علاج کی معلومات کو افشا کرنے کی اجازت دے رہا ہوں، DOHMH کو یہ معلومات بغیر میری اجازت کے دوبارہ افشا کرنے کی ممانعت ہے، تاوقتیکہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ میں جانتا ہوں کہ مجھے حق حاصل ہے کہ میں ان افراد کی فہرست کی درخواست کروں جو HIV/AIDS سے متعلقہ میری معلومات کو اجازت کے بغیر موصول یا استعمال کرسکتے ہوں۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات کے افشا یا انکشاف کرنے سے امتیازیت کا سامنا ہوا، میں نیویارک ریاست شعبہ برائے انسانی حقوق سے 3644-392 (888) پر یا نیویارک شہر کمیشن برائے انسانی حقوق سے 306-7450 (212) پر رابطہ کرسکتا ہوں۔ یہ ادارے میرے حقوق کے تحفظ کے ذمہ دار ہیں۔
 - مجھے یہ حق حاصل ہے کہ میں صحت کے نگہداشت فراہم کنندگان جنہیں میں نے میری معلومات افشا کرنے کی اجازت دی ہے، انہیں کسی بھی وقت لکھ کر اس اجازت نامے کو منسوخ کرسکتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں اس اجازت کو منسوخ کرسکتا ہوں ماسوائے اس حد تک کہ اس اجازت کی بنیاد پر پہلے ہی عمل کرلیا گیا ہو۔
 - میں جانتا ہوں کہ اس اجازت نامے پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی، صحت کے منصوبے میں اندراج، یا مفادات کی اہلیت اس انکشاف کی اجازت سے مشروط نہیں ہونگے۔
 - اس اجازت نامے کے تحت افشا کردہ معلومات کو DOHMH یا DOE کے ذریعے دوبارہ افشا کیا جاسکتا ہے (ماسوائے جیسا کہ مذکورہ بالا شق 2 میں درج ہے)، اور ہو سکتا ہے کہ اس مکرر افشا کرنے کو وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت مزید تحفظ حاصل نہ رہے۔
 - میں اپنے تمام صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو یہ معلومات نیویارک شہر محکمہ صحت و ذہنی حفظان صحت اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم کو افشا کرنے، اور اس معلومات پر ان سے بات چیت کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

7. افشا اور زیر بحث لائی جانے والی مخصوص معلومات:	
تمام طبی ریکارڈ (تحریری اور زبانی)، بشمول مریض کی صحت کے ماضی کے ریکارڈز، آفس نوٹس (ماسوائے نفسیاتی علاج نوٹس)، معائنوں کے نتائج، ریڈیولوجی نتائج، فلمز، حوالے، مشاورتیں، ادائیگیوں کے ریکارڈز، بیمہ ریکارڈ، اور دیگر صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کی جانب سے میرے صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو بھیجے گئے ریکارڈز۔	
ذیل میں درج فہرست کسی بھی طبی کیفیتوں والے مریضوں کے لیے، معلومات کو افشا کرنے کی اجازت کے لیے مختصر دستخط کریں: (مختصر دستخط کر کے نشاندہی کریں)	
_____ الکوحل / منشیات کے علاج کی معلومات۔ افشا کیے جانے والے مخصوص ریکارڈز اور افشا کرنے والی تنظیم کی نشاندہی کریں: _____	
_____ ذہنی صحت معلومات	
_____ HIV/AIDS سے متعلق معلومات	
<input type="checkbox"/> اگر اس خانے پر نشان لگا ہوا ہے، صرف یہاں مخصوص کی گئی صحت کی معلومات کو ہی افشا کریں اور اس پر بحث کریں:	
(اگر آپ نہیں چاہتے کہ تمام ریکارڈ افشا یا ظاہر کیے جائیں تو اس خانے کا استعمال کریں۔	
8. معلومات افشا کرنے کی وجہ: یہ معلومات مریض یا نمائندے کی درخواست پر قانون کے تحت افشا کی جا رہی ہیں ماسوائے اسکے کہ یہاں بصورت دیگر بیان کیا گیا ہو:	9. اس اجازت نامے کی معیاد اس وقت ختم ہوجائے گی جب مریض محکمہ تعلیم کے زیر انتظام اسکول یا پروگرام یا دفتر صحت برائے اسکول کی خدمات میں مندرج نہ رہے ماسوائے اسکے کہ بصورت دیگر معیاد ختم ہونے کی تاریخ ذیل میں درج کی گئی ہو:
10. اگر مریض خود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام پرنٹ اور دستخط کریں: (والدین / سرپرست کے لیے مکمل کرنا لازمی ہے)	11. مریض کے ساتھ رشتہ: <input type="checkbox"/> بذاتِ خود <input type="checkbox"/> والدین / سرپرست <input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم ذیل میں وضاحت کریں)

اس فارم پر تمام چیزیں مکمل کر لی گئی ہیں اور اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جواب دے دیے گئے ہیں اور مجھے اس فارم کی ایک نقل فراہم کر دی گئی ہے۔

تاریخ

مریض یا قانون کے ذریعے اختیار دیے گئے نمائندے کے دستخط

* AIDS پھیلاؤ والا انسانی ہیومن امیونو ڈیفینسٹی وائرس نیویارک ریاست عوامی صحت کا قانون ان معلومات کی حفاظت کرتا ہے جو ذیل مرض کے حامل فرد کی شناخت آسانی سے کر سکتی ہے بطور HIV کی علامات یا انفیکشنز کا حامل فرد اور ایک فرد کے رابطوں کی معلومات۔
** اگر مذکورہ بالا شق 9 میں معیاد ختم ہونے کی ایک تاریخ دی گئی ہے، فارم اس تاریخ کو بے اثر ہوجائے گا اور مریض کے والدین یا قانونی سرپرست، یا بذریعہ قانون منظور کردہ دیگر اشخاص کو ایک نیا فارم جمع کروانا لازمی ہے۔