

**AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH INFORMATION (SALOMATLIK MA'LUMOTLARINI 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:

1. Ushbu avtorizatsiya **ALKOGOL VA GIYOHVAND MODDALARGA QARAMLIK, RUHIY DAVOLASH**, psixoterapiya qaydlari bundan mustasno, **OIV/OITS HAQIDA MAXFIY MA'LUMOTLARNI\***, 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.
2. Agar men OIV/OITS, alkoholizm, 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. OIV/OITS bilan bog'liq ma'lumotlarning e'lon qilinishi yoki oshkor etilishi tufayli men kamsitishlarga duch kelsam, New York State Division of Human Rights'ga (888) 392-3644 yoki New York City Commission of Human Rights'ga (212) 306-7450 raqamlari orqali bog'lanishim mumkin. Bu idoralar mening huquqlarimni himoya qilish uchun javobgardir.
3. 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'rilgan bo'lsa, bu ruxsatni bekor qilishim mumkinligini tushunaman.
4. 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.
5. Ushbu ruxsatnoma bo'yicha oshkor qilingan ma'lumotlar DOHMH yoki DOE tomonidan qayta oshkor qilinishi mumkin (yuqorida 2-bandda ko'rsatilgan hollar bundan mustasno) va bu qayta oshkor qilish endi federal yoki shtat qonunlari bilan himoyalanganligi mumkin.
6. **MEN BARCHA SOG'LIQNI SAQLASH XODIMLARIGA USHBU MA'LUMOTNI NYU-YORK SHAHAR SOG'LIQNI SAQLASH VA RUHIY SALOMATLIK DEPARTAMENTI VA NYU-YORK SHAHAR TA'LIM DEPARTAMENTIGA TAQDIM ETISHGA VA MUHOKAMA QILISHGA RUXSAT BERAMAN.**

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 polisleri 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 bu katak belgilansa, chiqaring va faqat bu yerda keltirilgan sog'liq haqidagi ma'lumotlarni muhokama qiling:

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

8. MA'LUMOTNI CHIQARISH UCHUN SABAB AGAR BU YERDA BOSHQA HOLAT KO'RSATILMAGAN BO'LSA, USHBU MA'LUMOT BEMORNING YOKI UNING QONUNIY VAKILINING SO'ROVIGA BINOAN TAQDIM ETILADI:

9. AGAR BU YERDA AMAL QILISH MUDDATI KO'RSATILMAGAN BO'LSA, USHBU RUXSATNOMA BEMOR DOE TOMONIDAN BOSHQARILADIGAN YOKI MAKTAB SOG'LIQNI SAQLASH BOSHQARMASI TOMONIDAN XIZMAT KO'RSATILADIGAN MAKTAB YOKI DASTURGA QAYTA YOZILMASIDAN OLDIN AMAL QILADI:

10. **AGAR BEMORNING O'ZI BO'LMASA, SHAKLNI IMZOLAYOTGAN SHAXSNING ISM-SHARIFINI BOSMA HARFLARDA YOZING: (OTA-ONA/VASIY TO'LDIRISHI KERAK)**

11. BEMORGA QARINDOSHLIGI:

O'zi  Ota-ona/vasiy  Boshqa (quyida tavsiflab bering)

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

\_\_\_\_\_ BEMOR YOKI QONUNIY VAKILINING IMZOSI

\_\_\_\_\_ SANA

\*OITS'ni keltirib chiqaradigan odam immunotansisligi virusi. New York State Public Health Law (Nyu York shtatining sog'liqni saqlash to'g'risidagi qonuni) qonuni shaxsda OIV alomatlari yoki infeksiyasi mavjudligini oqilona asoslarda aniqlash imkonini beruvchi ma'lumotlarni hamda uning muloqot doirasiga oid axborotni himoya qiladi.

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