نیویارک شہر محکمہ برائے صحت اور
ذہنی حفظانِ صحت

NYC Health

HIPAA کے مطابق صحت سے متعلقہ معلومات کو افشا کرنے کا اجازت نامہ

مریض کا نام	تاریخِ پیدائش	مریض کا شناختی نمبر
مریض کا پتہ		

میں، یا میرا اجازت یافتہ نمائندہ، درخواست کرتے ہیں کہ میری دیکھ بھال اور علاج کی معلوماتِ صحت اس فارم کے مطابق افشا کی جائیں: نیویارک ریاستی قانون اور ہیلتھ انشورنس پورٹیبلیٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی کے 1996 کے ایکٹ (HIPAA) رازداری قانون کے مطابق، میں سمجھتا ہوں کہ:

1. 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۔ اس صورت میں کہ صحت سے متعلق ذیل میں دی گئی معلومات میں اس قسم کی کوئی معلومات شامل ہیں، اور میں نے شق 7 کے خانے کے سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں، میں نیویارک شہر محکمہ صحت اور ذہنی حفظان صحت ("DOHMH") اور نیویارک شہر محکمئہ تعلیم ("DOE") کو جو مل کر دفترِ صحت برائے اسکول چلاتے ہیں، ایسی معلومات افشا کرنے کی خصوصی اجازت دیتا ہوں۔
2. 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 وفاق 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 موصول یا اجازت کے بغیر استعمال کرسکتے ہوں۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات کے افشا یا انکشاف کرنے کے باعث تعصب کا سامنا کرنا پڑتا ہے، میں نیویارک ریاست شعبہ برائے انسانی حقوق سے 2493-480-(212) پر یا نیویارک شہر کمیشن برائے انسانی حقوق سے 7450-306-(212) پر رابطہ کرسکتا ہوں۔ یہ ادارے میرے حقوق کے تحفظ کے ذمہ دار ہیں۔
3. 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 کر سکتا 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۔
4. میں یہ جانتا ہوں کہ اس منظوری پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی ، ایک صحت کے منصوبے میں اندراج، یا مفادات کی اہلیت میری اس انکشاف کی اجازت سے مشروط نہیں ہونگے۔
5. اس اجازت 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 ہوسکتا ہے اس مکرر انکشاف کو وفاق یا ریاستی قانون کے تحت مزید تحفظ حاصل نہ ہو۔
6. **میں اپنے تمام صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو یہ معلومات نیویارک شہر محکمئہ صحت و ذہنی حفظان صحت اور نیویارک شہر محکمئہ تعلیم کو افشا کرنے، اور اس معلومات پر ان سے بات چیت کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔**

7. افشا اور بحث والی مخصوص معلومات:
تمام طبی ریکارڈ (تحریری اور زبانی)، بشمول مریض کی رودادیں، آفس نوٹس ماسوا نفسیاتی علاج نوٹس، ٹسٹ نتائج، ریڈیولوجی اسٹڈیز، فلم، حوالے، مشاورت، بلنگ ریکارڈ، انشورنس ریکارڈ، اور دیگر صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کی جانب سے میرے صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو بھیجے گئے ریکارڈز۔

☐ 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۔ اس فارم کو آپ کتنا عرصہ برقرار رکھنا چاہتے ہیں یہ بتانے کے لیے ذیل میں خانہ 9 کا استعمال کریں)

شامل کریں: (مختصر دستخط کرکے نشاندہی کریں)

________الکوحل/ منشیات کے علاج کی معلومات۔ افشا کیے جانے والے ریکارڈز اور افشا کرنے والی تنظیم کی نشاندہی کریں:_______________________________

________ ذہنی صحت معلومات

________ HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات

8. معلومات افشا کرنے کی وجہ: یہ معلومات مریض یا نمائندے کی درخواست پر افشا کی جا رہی ہیں ماسوائے اسکے کہ یہاں بصورتِ دیگر بیان کیا گیا ہو:	**9. اس اجازت نامے کی معیاد اس تاریخ کو ختم ہوجائے گی جب مریض نیویارک شہر محکمئہ تعلیم کے زیر انتظام اسکول یا پروگرام یا دفترِ صحت برائے اسکول کی خدمات میں مندرج نہ رہے ماسوائے اسکے کہ بصورتِ دیگر ذیل میں واضح کیا گیا ہے**:**
10. <u>اگر مریض خود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام: (والدین / سرپرست کے لیے مکمل کرنا لازمی ہے)</u>	**11. اس فارم پر دستخط کرنے والا شخص قانون کے تحت مریض کی جانب سے بحیثیت والدین یا مریض کا قانونی سرپرست، یا جیسے ذیل میں بیان کیا گیا ہے، دستخط کرنے کا مجاز ہے:**

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

_______________________________ مریض یا قانون کے ذریعے اختیار دیے گئے نمائندے کے دستخط

_______________ تاریخ

*** AIDS پھیلانے والا انسانی مامونی قلت وائرس**

(ہیومن امیونو ڈیفیشنسی) نیویارک ریاستی قانون برائے عوامی صحت ان معلومات کا تحفظ کرتا ہے جو معقول طور پر کسی HIV علامات یا انفکشن رکھنے والے شخص کی شناخت کرسکتی ہوں اور اس شخص کے روابط کی معلومات کا۔

****اگر مذکورہ بالا شق 9 میں معیاد ختم ہونے کی ایک مخصوص تاریخ دی گئی ہے، یہ فارم اس تاریخ پر بے اثر ہو جائے گا اور مریض کے والدین یا قانونی سرپرست، یا قانون کے تحت مجاز دیگر فرد کے لیے ایک نیا فارم جمع کروانا لازمی ہے۔**