

## स्वास्थ्य सूचना आदान-प्रदान संगठन के माध्यम से रोगी सूचना तक पहुँच के लिए

न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग

<b>रोगी का नाम:</b>	
<b>रोगी का पता:</b>	
<b>जन्म तिथि:</b>	
<b>रोगी पहचान संख्या:</b>	
<b>प्रदाता संगठन:</b>	

मैं अनुरोध करता/करती हूँ कि मेरी देखभाल और उपचार के बारे में स्वास्थ्य सूचनाओं तक इस फॉर्म में किए गए उल्लेख के अनुसार पहुँच की जाए। मैं NY देखभाल सूचना गेटवे (NY Care Information Gateway) नामक स्वास्थ्य सूचना आदान-प्रदान संगठन के माध्यम से अपने चिकित्सा रिकॉर्ड तक पहुँच प्राप्त करने के लिए ऊपर दिए गए नाम वाले प्रदाता संगठन (Provider Organization) को अनुमति देने या न देने का निर्णय कर सकता/सकती हूँ। यदि मैं सहमति देता/देती हूँ, तो विभिन्न स्थानों के मेरे चिकित्सा रिकॉर्ड तक, जहाँ मैं स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करता/करती हूँ, राज्य व्यापी कम्प्यूटर नेटवर्क का उपयोग करके तक पहुँच की जा सकती है। NY देखभाल सूचना गेटवे गैर-मुनाफा संगठन है जो लोगों के स्वास्थ्य के बारे में सूचनाओं को इलेक्ट्रॉनिक रूप से साझा करता है तथा HIPAA तथा न्यूयॉर्क राज्य के कानून के निजता और सुरक्षा मानकों को पूरा करता है। अधिक जानकारी के लिए, NY देखभाल सूचना गेटवे की वेबसाइट [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org) पर जाएं।

मेरी सूचनाएं तब किसी आपात स्थिति में देखी जा सकती हैं, यदि मैं इस फॉर्म को न भरूँ और बॉक्स #3 पर टिक का निशान न लगाऊँ जिसमें कहा गया है कि मैं किसी चिकित्सा आपात स्थिति में भी सहमति देने से मना करता/करती हूँ।

इस फॉर्म में मैं जिस विकल्प को चुनता/चुनती हूँ, वह चिकित्सा देखभाल प्राप्त करने की मेरी योग्यता को प्रभावित नहीं करेगा। इस फॉर्म में मैं जिस विकल्प को चुनता/चुनती हूँ, वह स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं को यह निर्णय करने के लिए मेरी सूचनाओं तक पहुँच करने की अनुमति नहीं देता है कि वह मुझे स्वास्थ्य बीमा कवरेज दे या न दे या मेरे मेडिकल बिलों का भुगतान करे या न करे।

<p><b>मेरे सहमति विकल्प।</b> मेरे विकल्प की बाईं ओर बॉक्स पर निशान लगाया गया है। मैं यह फॉर्म अभी या भविष्य में भर सकता/सकती हूँ। मैं नया फॉर्म भरकर किसी भी समय अपना निर्णय बदल भी सकता/सकती हूँ।</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>1. मैं, मुझे स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं (आपातकालीन देखभाल सहित) प्रदान करने के सिलसिले में ऊपर दिए गए नाम वाले प्रदाता संगठन को NY देखभाल सूचना गेटवे के माध्यम से अपनी सारी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं तक पहुँच करने के लिए सहमति देता/देती हूँ।</b></p>
<p><input type="checkbox"/> <b>2. मैं, NY देखभाल सूचना गेटवे के माध्यम से अपनी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं तक पहुँच करने के लिए ऊपर दिए गए नाम वाले प्रदाता संगठन के लिए, चिकित्सा आपात स्थिति के सिवाय सहमति देने से मना करता/करती हूँ।</b></p>
<p><input type="checkbox"/> <b>3. मैं, ऊपर दिए गए नाम वाले प्रदाता संगठन द्वारा किसी भी उद्देश्य के लिए NY देखभाल सूचना गेटवे के माध्यम से अपनी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं तक किसी चिकित्सा आपात स्थिति में भी पहुँच करने की सहमति देने से मना करता/करती हूँ।</b></p>

यदि मैं NY देखभाल सूचना गेटवे में भाग लेने वाले सभी प्रदाता संगठनों और स्वास्थ्य योजनाओं को NY देखभाल सूचना गेटवे के माध्यम से अपनी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य सूचनाओं तक पहुँच करने की सहमति से इंकार करना चाहता/चाहती हूँ, तो मैं [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org) पर NY देखभाल सूचना गेटवे की वेबसाइट पर जाकर या 718-334-5844 पर NY देखभाल सूचना गेटवे को कॉल करके ऐसा कर सकता/सकती हूँ।

इस फॉर्म के बारे में मेरे सभी प्रश्नों के उत्तर दे दिए गए हैं तथा मुझे इस फॉर्म की प्रतिलिपि दी गई है।

रोगी या रोगी के कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	तारीख
कानूनी प्रतिनिधि का स्पष्ट नाम (यदि लागू हो)	कानूनी प्रतिनिधि का रोगी से रिश्ता (यदि लागू हो)

## NY देखभाल सूचना गेटवे के माध्यम से पहुँच की जाने वाली सूचनाओं और सहमति प्रक्रिया का ब्यौरा:

- आपकी सूचनाओं का उपयोग कैसे किया जा सकता है।** आपकी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य सूचनाओं का उपयोग केवल निम्नलिखित स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए किया जाएगा।
  - **उपचार सेवाएं:** आपको चिकित्सा उपचार और संबंधित सेवाएं प्रदान करना।
  - **बीमा की पात्रता का सत्यापन।** यह जांच करना कि क्या आपके पास स्वास्थ्य बीमा है और इसमें क्या शामिल है।
  - **देखभाल प्रबन्धन गतिविधियाँ।** इसमें समुचित चिकित्सा देखभाल प्राप्त करने में आपकी सहायता करना, आपको दी जाने वाली सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार करना, आपको दी जाने वाली अनेक चिकित्सा देखभाल सेवाओं के प्रावधान का समन्वय करना, या चिकित्सा देखभाल की योजना का अनुसरण करने में आपकी सहायता करना शामिल है।
  - **गुणवत्ता सुधार गतिविधियाँ।** आपको तथा सभी रोगियों को दी जाने वाली चिकित्सा देखभाल की गुणवत्ता का मूल्यांकन करना और इसमें सुधार करना।
- आपके बारे में किस प्रकार की सूचनाएं शामिल की जाएंगी।** यदि आप सहमति देते हैं, तो सूचीबद्ध प्रदाता संगठन और/या स्वास्थ्य योजना (एं) NY देखभाल सूचना गेटवे के माध्यम से उपलब्ध आपकी सारी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं तक पहुँच कर सकते हैं। इसमें इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने की तिथि के पहले और बाद में तैयार की गई सूचनाएं शामिल हैं। आपके स्वास्थ्य संबंधी रिकॉर्ड में आपको अतीत में हुई बीमारियों या लगी चोटों (जैसे डायबिटीज़ या हड्डी टूटना), परीक्षण परिणामों (जैसे एक्सरे या रक्त परीक्षण) का इतिहास और आपके द्वारा ली गई दवाओं की सूची शामिल हो सकती है। इन सूचनाओं में संवेदनशील स्वास्थ्य स्थितियाँ शामिल हो सकती हैं, जिनमें निम्नलिखित शामिल हैं, लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं:
  - अल्कोहल या ड्रग के उपयोग संबंधी समस्याएं
  - गर्भनिरोध और गर्भपात (परिवार नियोजन)
  - आनुवंशिक (वंशागत) रोग या परीक्षण
  - HIV/AIDS
  - मानसिक स्वास्थ्य संबंधी स्थितियाँ
  - यौन-संचारी रोग;यदि आप अल्कोहल या ड्रग के दुरुपयोग की देखभाल प्राप्त कर चुके हैं, तो आपके रिकॉर्ड में आपके अल्कोहल या ड्रग दुरुपयोग के निदान, दवाओं और खुराकों, प्रयोगशाला परीक्षणों, एलर्जी, पदार्थ उपयोग के इतिहास, अभिघात के इतिहास, अस्पताल से छुट्टी, रोजगार, जीवन की स्थिति और सामाजिक सहायता तथा स्वास्थ्य बीमा दावे के इतिहास से संबंधित जानकारीयाँ शामिल हो सकती हैं।
- आपके बारे में स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं कहाँ से आती हैं।** आपके बारे में सूचनाएं उन जगहों से आती हैं, जिन्होंने आपको चिकित्सा देखभाल या स्वास्थ्य बीमा दिया हो। इनमें स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं इलेक्ट्रॉनिक रूप से साझा करने वाले अस्पताल, डॉक्टर, दवा की दुकानें, नैदानिक प्रयोगशालाएं, स्वास्थ्य बीमा कंपनियाँ, मेडिकेड कार्यक्रम और अन्य संगठन शामिल हो सकते हैं। पूर्ण, वर्तमान सूची NY देखभाल सूचना गेटवे से उपलब्ध है। आप किसी भी समय [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org) पर NY देखभाल सूचना गेटवे की वेबसाइट देखकर या 718-334-5844 पर कॉल करके नवीनतम सूची प्राप्त कर सकते हैं।
- यदि आप सहमति देते हैं तो आपके बारे में सूचनाओं तक कौन पहुँच कर सकता है।** केवल वही डॉक्टर और संगठन(नों) के स्टाफ के अन्य सदस्य जिन्हें आपने पहुँच करने के लिए सहमति दी है जो पैराग्राफ एक में वर्णित इस फॉर्म द्वारा अनुमति की गतिविधियाँ करते हैं।
- लोक स्वास्थ्य और अंग प्रापण संगठन की पहुँच।** संघीय, राज्य या स्थानीय लोक स्वास्थ्य एजेंसियों तथा कुछ अंग प्रापण संगठनों को कानून द्वारा रोगी की सहमति के बिना कुछ लोक स्वास्थ्य और अंग प्रत्यारोपण प्रयोजनों के लिए स्वास्थ्य सूचनाओं तक पहुँच करने का प्राधिकार प्राप्त है। ये संगठन इन प्रयोजनों से NY देखभाल सूचना गेटवे के जरिए आपकी सूचनाओं तक पहुँच कर सकते हैं, चाहे आपने सहमति दी हो, सहमति से मना किया हो या कोई सहमति फॉर्म न भरा हो।
- आपकी सूचनाओं तक अनुचित पहुँच या उपयोग के लिए दंड।** आपकी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य सूचनाओं तक अनुपयुक्त पहुँच या उपयोग के लिए दंड निर्धारित हैं। यदि किसी भी समय आपको संदेह होता है कि किसी ऐसे व्यक्ति ने आपकी सूचनाएं देखी हैं या इन तक पहुँच की है जिसे ऐसा नहीं करना चाहिए था, तो प्रदाता संगठन (Provider Organization) को कॉल करें या NY देखभाल सूचना गेटवे की वेबसाइट देखें: [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org); या NYS स्वास्थ्य विभाग को 518-474-4987 पर कॉल करें; या निम्नलिखित लिंक पर संघीय नागरिक अधिकार कार्यालय (federal Office for Civil Rights) की शिकायत प्रक्रिया का अनुसरण करें: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- सूचनाओं का पुनः प्रकटन।** ऐसा(से) कोई संगठन आपकी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं को फिर से प्रकट कर सकता है जिसे आपने अपने बारे में स्वास्थ्य सूचनाओं तक पहुँच करने की सहमति दी है, लेकिन ऐसा केवल राज्य और संघीय कानूनों और विनियमों द्वारा अनुमति की सीमा तक किया जा सकता है। अल्कोहल/ड्रग उपचार से संबंधित सूचनाएं या HIV-संबंधी गोपनीय सूचनाओं तक तभी पहुँच की जा सकती हैं और तभी पुनः प्रकट की जा सकती हैं यदि उनके साथ पुनः प्रकटन की मनाही के बारे में अपेक्षित कथन हों।
- प्रभावी होने की अवधि।** यह सहमति फॉर्म आपके द्वारा अपनी सहमति का विकल्प बदलने के दिन तक या NY देखभाल सूचना गेटवे द्वारा कार्य करना बंद करने के समय तक (या आपकी मृत्यु के 50 वर्ष बाद तक, जो भी पहले हो) तक प्रभावी रहेगा। यदि NY देखभाल सूचना गेटवे का किसी अन्य योग्यता-प्राप्त संगठन (Qualified Entity) में विलय हो जाता है, तो आपके सहमति विकल्प नए विलय हुए संगठन के साथ प्रभावी बने रहेंगे।
- अपने सहमति विकल्प बदलना।** आप अपने नए विकल्प(पों) के साथ नया सहमति फॉर्म भेजकर किसी भी समय और किसी भी प्रदाता संगठन या स्वास्थ्य योजना के लिए अपनी सहमति के विकल्प बदल सकते हैं। आपकी सहमति के प्रभावी रहने के दौरान NY देखभाल सूचना गेटवे के माध्यम

से आपकी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं तक पहुँच करने वाले संगठन आपकी सूचनाओं की प्रतिलिपि कर सकते हैं या इन्हें अपने स्वयं के चिकित्सा रिकॉर्ड में शामिल कर सकते हैं। भले ही आप बाद में अपनी सहमति बदलने का निर्णय लें, उन्हें अपने रिकॉर्ड से आपकी सूचनाएं लौटाने या हटाने की ज़रूरत नहीं होती।

**10.** फॉर्म की प्रतिलिपि। आप इस सहमति फॉर्म की एक प्रतिलिपि प्राप्त करने के पात्र हैं।