

অপ্রাপ্তবয়স্কের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য অ্যাক্সেস করার জন্য একবার অনুমোদন

নিউ ইয়র্ক স্টেট স্বাস্থ্য বিভাগ(New York State Department of Health)

একটি স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য বিনিময় সংস্থার মাধ্যমে

রোগীর নাম	জন্মতারিখ	রোগী সনাক্তকরণ নম্বর
রোগীর ঠিকানা		
প্রদানকারী সংস্থা		
পরিষেবার তারিখ		

আমি অনুরোধ করছি যে আমার পরিচর্যা ও চিকিৎসা সম্পর্কিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য এই ফর্মের ঘোষণা অনুযায়ী অ্যাক্সেস করা হোক। উপরে তালিকাভুক্ত "প্রদানকারী সংস্থা"কে NY কেয়ার ইনফরমেশন গেটওয়ে (NY Care Information Gateway, NYCIG) নামে ব্যবসা পরিচালনাকারী ইন্টারব্যুরো রিজিওনাল হেলথকেয়ার ইনফরমেশন অরগানাইজেশন (Interboro Regional Healthcare Information Organization) নামক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য বিনিময় সংস্থার মাধ্যমে আমার চিকিৎসাগত রেকর্ডগুলি প্রাপ্তির অধিকার পেতে অনুমতি দেবো কিনা সেই সিদ্ধান্ত আমি নিতে পারি। আমি যদি সম্মতি দিই, তাহলে আমি যে সকল বিভিন্ন স্থানে স্বাস্থ্য পরিচর্যা পাই সেখান থেকে আমার চিকিৎসাগত রেকর্ডগুলি শুধুমাত্র এই একবার দেখা যেতে পারে যাতে আমার চিকিৎসাকারী ডাক্তার আমার পরিচর্যায় আরো ভাল করে সাহায্য করতে পারেন।

আমি এই ফর্ম যেটি বেছে নিই তা আমার স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীকে আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য অবিরাম অ্যাক্সেস করার অনুমতি দেয় না। এটি শুধুমাত্র একবার অ্যাক্সেস।

আমার সম্মতির পছন্দ। আমার পছন্দের বাঁদিকে একটি বক্সে টিকচিহ্ন দেওয়া হয়েছে।
<input type="checkbox"/> 1. স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদান করার জন্য NYCIG এর মাধ্যমে আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সব ইলেকট্রনিক তথ্য শুধুমাত্র একবার অ্যাক্সেস করার জন্য "প্রদানকারী সংস্থা"কে আমি সম্মতি দিচ্ছি।
<input type="checkbox"/> 2. যে কোনো উদ্দেশ্যে NYCIG এর মাধ্যমে আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ইলেকট্রনিক তথ্য অ্যাক্সেস করার জন্য "প্রদানকারী সংস্থা"কে সম্মতি প্রদান করতে আমি অস্বীকার করছি।

এই ফর্ম সম্পর্কে আমার প্রশ্নগুলির উত্তর দেওয়া হয়েছে এবং আমাকে এই ফর্মের একটি কপি দেওয়া হয়েছে।

রোগীর স্বাক্ষর	তারিখ
বড় হাতের অক্ষরে নাম লিখুন	

NY কেয়ার ইনফরমেশন গেটওয়ে (NYCIG) এর মাধ্যমে অ্যাক্সেস করা তথ্য ও সম্মতি প্রক্রিয়া সম্পর্কিত বিশদ তথ্য:

- আপনার তথ্য কীভাবে ব্যবহার করা হতে পারে।** আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ইলেকট্রনিক তথ্য শুধুমাত্র নিম্নলিখিত স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবাগুলির জন্য ব্যবহার করা হবে:
 - **অপ্রাপ্তবয়স্কের দ্বারা সম্মতি প্রদত্ত পরিষেবাধীন চিকিৎসা।** আপনাকে মেডিক্যাল চিকিৎসা ও সম্পর্কিত পরিষেবাগুলি প্রদান করে।
- আপনার সম্পর্কে কী প্রকারের তথ্য অন্তর্ভুক্ত আছে।** আপনি যদি সম্মতি দেন, তাহলে তালিকাভুক্ত প্রদানকারী সংস্থাটি NYCIG এর মাধ্যমে আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সব ইলেকট্রনিক তথ্য শুধুমাত্র একবার অ্যাক্সেস করতে পারে। এই ফর্মটি স্বাক্ষর করার তারিখটির আগে ও পরে সৃষ্টি করা তথ্য এর অন্তর্ভুক্ত। আপনার থাকা কোনো অসুস্থতা বা আঘাতের ইতিহাস (যেমন ডায়াবিটিস বা হাড় ভাঙা), পরীক্ষার ফলাফল (যেমন এক্স-রে বা রক্ত পরীক্ষা), এবং আপনি নিয়েছেন এমন ওষুধগুলির তালিকা আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের অন্তর্ভুক্ত হতে পারে। স্বাস্থ্যের সংবেদনশীল অবস্থা এই তথ্যের অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, নিম্নলিখিতগুলি যার অন্তর্ভুক্ত, তবে এতেই সীমিত নয় :
 - মদ বা মাদক সেবন সংক্রান্ত সমস্যা
 - জন্ম নিয়ন্ত্রণ এবং গর্ভপাত (পরিবার পরিকল্পনা)
 - জিনগত (বংশগত) রোগ বা পরীক্ষাগুলি
 - HIV/AIDS
 - মানসিক স্বাস্থ্যের অবস্থা
 - যৌনরূপে সংক্রামিত রোগ
- আপনার সম্পর্কে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য কোথা থেকে আসে।** যে সকল স্থান আপনাকে চিকিৎসাগত পরিচর্যা বা স্বাস্থ্য বিমা দিয়েছে সেখান থেকে আপনার সম্পর্কে তথ্য আসে। এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে হাসপাতাল, চিকিৎসক, ফার্মাসি, ক্লিনিকাল ল্যাবরেটরি, স্বাস্থ্য বিমা প্রদানকারী, Medicaid কর্মসূচি, এবং অন্যান্য সংস্থা যারা স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ইলেকট্রনিক উপায়ে বিনিময় করে। একটি সম্পূর্ণ, সাম্প্রতিক তালিকা NY কেয়ার ইনফরমেশন গেটওয়ে (NY Care Information Gateway) থেকে তাদের ওয়েবসাইট: www.NYCIG.org এ পাওয়া যায়।
- আপনি যদি সম্মতি দেন, তাহলে কারা আপনার সম্পর্কে তথ্য অ্যাক্সেস করতে পারে।** আপনি যে সব সংস্থাকে অ্যাক্সেস করার সম্মতি দিয়েছেন তার শুধুমাত্র ডাক্তার ও অন্যান্য কর্মী সদস্যরা, যারা উপরে অনুচ্ছেদ এক এর বর্ণনা অনুসারে এই ফর্মে অনুমোদিত কাজকর্মগুলি সম্পন্ন করেন।
- জনস্বাস্থ্য ও অঙ্গ সংগ্রহ সংস্থার অ্যাক্সেস।** ফেডারেল, স্টেট বা স্থানীয় জনস্বাস্থ্য সংস্থাগুলি এবং নির্দিষ্ট কিছু অঙ্গ সংগ্রহ সংস্থা নির্দিষ্ট কিছু জনস্বাস্থ্য ও অঙ্গ প্রতিস্থাপনের উদ্দেশ্যগুলির জন্য একজন রোগীর সম্মতি ছাড়াই স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য অ্যাক্সেস করার জন্য আইনের দ্বারা অনুমোদিত। আপনি সম্মতি দিন বা সম্মতি দিতে অস্বীকার করুন কিংবা একটি সম্মতি ফর্ম পূরণ করুন বা না করুন তা নির্বিশেষে এইসকল সত্তাগুলি এইসকল উদ্দেশ্যগুলির জন্য NYCIG এর মাধ্যমে আপনার তথ্য অ্যাক্সেস করতে পারে।
- আপনার তথ্য অযথাযথভাবে অ্যাক্সেস বা ব্যবহার করার জন্য জরিমানা।** আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ইলেকট্রনিক তথ্য অযথাযথভাবে অ্যাক্সেস বা ব্যবহার করার জন্য জরিমানা হয়। যদি কোনো সময়ে আপনি সন্দেহ করেন যে এমন কেউ যার আপনার সম্পর্কে তথ্য দেখা বা প্রাপ্তির অধিকার পাওয়া উচিত নয় তিনি তা পেয়েছেন, তাহলে প্রদানকারী সংস্থাকে ফোন করুন এই নম্বরে: _____; বা NYCIG'র ওয়েবসাইট দেখুন: www.NYCIG.org; বা 518-474-4987 নম্বরে NYS স্বাস্থ্য বিভাগকে ফোন করুন; বা নাগরিক অধিকারের ফেডারেল দপ্তরের (federal Office for Civil Rights) অভিযোগ প্রক্রিয়াটি অনুসরণ করুন নিচের লিঙ্কে: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- তথ্যের পুনঃপ্রকাশ।** আপনি যে সংস্থা(গুলি)কে আপনার সম্পর্কে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য অ্যাক্সেস করার সম্মতি দিয়েছেন সেটি আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য পুনঃপ্রকাশ করতে পারে, কিন্তু শুধুমাত্র স্টেট ও ফেডারেল আইন ও বিধিনিয়মের দ্বারা অনুমোদিত সীমা পর্যন্ত। মদ /মাদক চিকিৎসা-সম্পর্কিত তথ্য বা গোপনীয় HIV-সম্পর্কিত তথ্য শুধুমাত্র অ্যাক্সেস করা এবং শুধুমাত্র পুনঃপ্রকাশ করা যেতে পারে যদি তা পুনঃপ্রকাশের নিষেধ সংক্রান্ত আবশ্যিক বিবৃতিগুলির সাথে প্রদান করা হয়।
- কার্যকর সময়কাল।** এই সম্মতি ফর্মটি শুধুমাত্র তালিকাভুক্ত "পরিষেবার তারিখ" এ প্রাপ্ত চিকিৎসার স্বায়িকালের জন্য কার্যকর থাকবে।
- ফর্মের কপি** আপনি এই সম্মতি ফর্মটির একটি কপি পাওয়ার অধিকারী।