



স্বাস্থ্যগত তথ্য প্রকাশের অনুমতি

ফেরতের ঠিকানা

- আমি আমার জন্য _____ এই ফরমটি পূরণ করার জন্য অনুরোধ জানাচ্ছি।
(রোগী/ব্যক্তিগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর)
রোগীর নাম _____
- আমি _____ DPH-কে অনুমতি দিচ্ছি _____ যে তারা আমার অ্যাপয়েন্টমেন্টে আমার সঙ্গে
থাকার জন্য এবং _____ আমি বুঝতে পারছি যে এই অ্যাপয়েন্টমেন্টে
সুরক্ষিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য আলোচনা করা হতে পারে।
- আমি _____ চিকিৎসাগত _____ রেকর্ড থেকে নিম্নলিখিত সুরক্ষিত স্বাস্থ্যগত তথ্য
প্রকাশের অনুমতি _____ দিচ্ছি।
রোগীর নাম _____ জন্ম তারিখ _____

রোগীর আদ্যক্ষর প্রযোজ্য সবখানে লিখুন। (একটি সেবার ধরনের অধীনে "সমস্ত" চেক করলে সেই পরিষেবা ধরনের ল্যাব ফলাফল অন্তর্ভুক্ত হবে।)

সেবার ধরন	আদ্যক্ষর	সমস্ত	নির্ধারিত	সেবার ধরন	আদ্যক্ষর	সমস্ত	নির্ধারিত
অ্যালকোহল/অন্যান্য মাদক সেবন				মানসিক স্বাস্থ্য			
CYSHCN				নবজাতকের হোম ভিড়িট			
পরিবার পরিকল্পনা				নার্স ফ্যামিলি অংশীদারিত্ব			
HIV/AIDS				STD			
হোম হেলথ				TB			
টিকাদান				WIC			
ল্যাব/ডায়াগনস্টিক টেস্ট				অন্যান্য			

আমি নিম্নলিখিত তথ্য প্রকাশ করতে চাই না:

/ _____। (রোগীর আদ্যক্ষর)

- তথ্য প্রকাশের উদ্দেশ্য: (রোগীর আদ্যক্ষর এক) _____ চিকিৎসার ধারাবাহিকতা বা _____ ব্যক্তিগত কপি অথবা _____ আইনি
অথবা অন্যান্য (প্রকাশের উদ্দেশ্য এবং আদ্যক্ষর লিখুন)
আমি বুঝতে পারছি যে এই অনুমোদনের একটি কপি মূল হিসেবে বিবেচিত হতে পারে।
- এই অনুমোদন কার্যকর থাকবে: (রোগীর আদ্যক্ষর এক) _____ আজ থেকে এক বছর অথবা _____ প্রোগ্রাম থেকে
ডিসচার্জ না হওয়া পর্যন্ত অথবা অন্যান্য (রোগী নির্দিষ্ট তারিখ বা ইভেন্ট এবং আদ্যক্ষর লিখবেন) _____
আমি বুঝতে পারছি যে এই অনুমোদনের একটি কপি মূল হিসেবে বিবেচিত হতে পারে।
- আপনি আমার সুরক্ষিত স্বাস্থ্যগত তথ্য উপরে #3-তে উল্লিখিত ব্যক্তি বা সন্তান কাছে নিম্নলিখিত উপায়ে প্রকাশ করতে পারেন:
a) ফ্যাক্সের মাধ্যমে _____ (রোগীর আদ্যক্ষর এখানে) ফ্যাক্স নম্বর _____
b) ই-মেইলের মাধ্যমে _____ (রোগীর আদ্যক্ষর এখানে) ই-মেইল ঠিকানা _____
c) ডাকঘোগে _____ (রোগীর আদ্যক্ষর এখানে) ডাকঘোগের ঠিকানা _____
আমি বুঝতে পারছি যে এই পদ্ধতিগুলো ব্যবহার করে আমার তথ্য পাঠানোর মাধ্যমে আমার গোপনীয়তা নিশ্চিত করা সম্ভব নয়।

7. রোগী বা ব্যক্তিগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর তারিখ _____ সাক্ষী - **শুধুমাত্র** রোগী স্বাক্ষর করতে না
পারেন অথবা "X" চিহ্ন দেন তারিখ _____

(রোগীর মুদ্রিত নাম) _____ ব্যক্তিগত প্রতিনিধির সাথে সম্পর্ক (যদি ব্যক্তিগত প্রতিনিধি কর্তৃক স্বাক্ষর করা হয়)

আমি বুঝতে পারছি যে আমি আমার তথ্য প্রকাশের আগে তা দেখার বা একটি কপি পাওয়ার অনুরোধ করতে পারি। আমি বুঝতে পারছি যে
আমার অনুরোধে প্রকাশিত তথ্যবলি যিনি তা গ্রহণ করবেন, তিনি তা পুনরায় প্রকাশ করতে পারেন এবং এটি আর স্টেট বা ফেডারেল আইন
দ্বারা সুরক্ষিত নাও হতে পারে। আমি বুঝতে পারছি যে যদি আমি এই অনুমোদনপত্রে স্বাক্ষর করতে অস্বীকার করি তবে DPH চিকিৎসা, ভর্তি বা
সুবিধার জন্য যোগ্যতা নির্ধারণে কোনো শর্তাবলী করবে না; তবে, আমি বুঝতে পারছি যে আমি যদি চিকিৎসা, পেমেন্ট, ভর্তি বা সুবিধার জন্য
যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য প্রকাশের অনুমতি না দেই, তবে কিছু প্রোগ্রাম থেকে আমি সেবা পাওয়ার জন্য অযোগ্য হতে পারি।

রোগীকে দেওয়া এই ফরমের কপি বা প্রত্যাখ্যাত কপি অথবা রোগীকে ডাকঘোগে পাঠানো কপি

- এই অনুমোদন প্রত্যাহার: আমি বুঝতে পারছি যে আমি নিচে স্বাক্ষর করে যেকোনো সময় এই অনুমোদন প্রত্যাহার করতে পারি, যদি না
এই অনুমোদনের উপর নির্ভর করে বা বিমা সুবিধা পাওয়ার জন্য তথ্য ইতোমধ্যেই প্রকাশ করা হয়ে থাকে।

(রোগী/অনুমোদিত প্রতিনিধি) _____
(সাক্ষী: *প্রয়োজন যদি রোগী স্বাক্ষর করতে না পারেন অথবা "X" চিহ্ন দেন) _____
তারিখ: _____
তারিখ: _____

(রোগীর লেবেল এখানে ব্যবহার করা যেতে পারে)

রোগীর নাম: _____
জন্ম তারিখ: _____

তথ্য প্রকাশিত হয়েছে:

1. নাম: _____
ঠিকানা: _____
সিটি/সেট/জিপ কোড: _____
অন্যান্য: _____

2. নাম: _____
ঠিকানা: _____
সিটি/সেট/জিপ কোড: _____
অন্যান্য: _____

3. নাম: _____
ঠিকানা: _____
সিটি/সেট/জিপ কোড: _____
অন্যান্য: _____

4. নাম: _____
ঠিকানা: _____
সিটি/সেট/জিপ কোড: _____
অন্যান্য: _____

5. নাম: _____
ঠিকানা: _____
সিটি/সেট/জিপ কোড: _____
অন্যান্য: _____

6. নাম: _____
ঠিকানা: _____
সিটি/সেট/জিপ কোড: _____
অন্যান্য: _____

7. নাম: _____
ঠিকানা: _____
সিটি/সেট/জিপ কোড: _____
অন্যান্য: _____

8. নাম: _____
ঠিকানা: _____
সিটি/সেট/জিপ কোড: _____
অন্যান্য: _____

9. নাম: _____
ঠিকানা: _____
সিটি/সেট/জিপ কোড: _____
অন্যান্য: _____

10. নাম: _____
ঠিকানা: _____
সিটি/সেট/জিপ কোড: _____
অন্যান্য: _____

তথ্য প্রকাশিত/স্বাক্ষর/তারিখ:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

রোগীর স্বাস্থ্য রেকর্ড নম্বর:

(রোগীর লেবেল এখানে ব্যবহার করা যেতে পারে) _____

রোগীর নাম: _____

জন্ম তারিখ: _____

স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের অনুমোদন পূরণের নির্দেশাবলী

1623-ENG-DPH

উদ্দেশ্য: এই ফরমটি রোগী, পিতামাতা বা আইনগত অভিভাবকের অনুমোদন পাওয়ার জন্য ব্যবহৃত হয়, যাতে এক প্রতিষ্ঠান থেকে অন্য প্রতিষ্ঠানে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করা যায়। (DPH থেকে অন্য প্রতিষ্ঠানে বা অন্য প্রতিষ্ঠান থেকে DPH-এ) অন্য প্রতিষ্ঠান তাদের রেকর্ড থেকে তথ্য প্রকাশের জন্য আমাদের তাদের অনুমোদন ফরম ব্যবহারের দাবি করতে পারে।

নোট: গোণ তথ্য (যে তথ্য DPH কর্তৃক তৈরি করা হয়নি কিন্তু আমাদের রেকর্ডে সংরক্ষিত রয়েছে) রোগীর অনুরোধের ভিত্তিতে বা রোগীর চিকিৎসা অব্যাহত রাখার প্রয়োজনে প্রকাশ করা হবে। যদি গোণ তথ্য “পুনরায় প্রকাশের জন্য নয়” বলে চিহ্নিত থাকে, তাহলে এটি DPH থেকে নয়, বরং যে প্রতিষ্ঠান এটি তৈরি করেছে, সেখান থেকে প্রকাশ করতে হবে।

আইটেম বাই আইটেম নির্দেশনাবলী:

- যদি রোগী এই ফরমটি পূরণ করতে সহায়তার অনুরোধ করেন, তবে সহায়তাকারী ব্যক্তির নাম লিখুন এবং রোগী এখানে স্বাক্ষর করবেন।
- a) DPH পরিদর্শনের সময় সাথে থাকার জন্য অনুরোধকারী রোগীর নাম লিখুন।
b) রোগীর সাথে থাকা ব্যক্তির নাম লিখুন।
c) পরিদর্শনের তারিখ লিখুন। যদি রোগী শুধু এই অনুরোধটি করে থাকেন, তাহলে 7 নম্বরে ধান।
- a) স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের অনুমোদনকারী ব্যক্তির নাম লিখুন। (রোগী, পিতামাতা বা আইনী অভিভাবক)
b) তথ্য প্রকাশকারী প্রতিষ্ঠানের নাম লিখুন (যদি DPH তথ্য প্রকাশ করে, তাহলে DPH লিখুন)। যদি অন্য কোনো প্রতিষ্ঠান তাদের তথ্য DPH-এর কাছে প্রকাশের জন্য এই ফরমটি ব্যবহার করে, তবে সেই প্রতিষ্ঠানের নামটি এখানে লিখতে হবে।
c) যে রোগীর স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করা হচ্ছে তার নাম লিখুন। যদি এটি উপরের 3a) এ লেখা নামের মতো একই হয়, তাহলে নামটি পুনরায় লেখার পরিবর্তে “নিজেই” লেখা যেতে পারে।
d) যে প্রতিষ্ঠানে রেকর্ডগুলি প্রকাশ করা হচ্ছে তার নাম লিখুন (যদি DPH তথ্য প্রকাশ করে, তাহলে DPH যে প্রতিষ্ঠানে তথ্য প্রকাশ করছে, তার নাম লিখুন)। যদি অন্য কোনো প্রতিষ্ঠান তাদের রেকর্ড থেকে স্বাস্থ্য তথ্য DPH-এ প্রকাশ করতে এই ফরমটি ব্যবহার করে, তাহলে DPH লিখুন।
e) রোগী প্রকাশ করা হবে এমন রেকর্ডের পাশের বক্সে স্বাক্ষর করবে। কোনো প্রোগ্রাম এরিয়ার জন্য “সমস্ত” রেকর্ড চেক করা হলে, সেই প্রোগ্রাম এরিয়ার ল্যাবও অন্তর্ভুক্ত হবে। যদি কোনো প্রোগ্রাম এরিয়ার রেকর্ডের শুধুমাত্র কিছু অংশ প্রকাশ করা হয়, তাহলে প্রকাশযোগ্য রেকর্ডের অংশগুলোর তালিকা করুন এবং রোগীকে স্বাক্ষর করতে বলুন। **আদালতের বৈধ আদেশ না পাওয়া পর্যন্ত অপ্রাপ্তবয়স্কদের পারিবারিক পরিকল্পনার রেকর্ডগুলো তাদের অনুমোদন ছাড়া প্রকাশ করা যাবে না।** HIV বা STD সম্পর্কিত তথ্য রোগী ছাড়া প্রকাশ করা যাবে না, যদি না রোগী সেই প্রোগ্রাম এরিয়ায় স্বাক্ষর করেন এবং “সমস্ত” রেকর্ড চেক করেন অথবা “বিশেষ” কলামে বিস্তারিত তথ্য প্রদান করেন।
যদি এই প্রকাশটি একাধিক প্রতিষ্ঠানের কাছে স্বাস্থ্য তথ্য পাঠানোর জন্য ব্যবহার করা হয় (অনুমোদিত হলে), তাহলে “এই ফর্মের বিপরীত দিকে #1-X দেখুন” লিখুন। (যেমন, যদি তথ্য 3টি ভিন্ন প্রতিষ্ঠানে মেইল করা হয়, তাহলে “এই ফরমের বিপরীত দিকে #1-#3 দেখুন” লিখুন।) **প্রকাশিত তথ্য এবং প্রকাশের উদ্দেশ্য প্রতিটি প্রতিষ্ঠানের জন্য একই হতে হবে অথবা প্রতিটি প্রতিষ্ঠানের জন্য পৃথক অনুমোদনপত্র পূরণ করতে হবে।**
f) যদি রোগী কোনো নির্দিষ্ট তথ্য প্রকাশ করতে না চান, তবে তিনি এখানে তা উল্লেখ করবেন এবং স্বাক্ষর করবেন।
g) যদি অনুমোদনে “মনোরোগ চিকিৎসার নেট” প্রকাশের জন্য অনুরোধ করা হয়, তবে এটি অন্য কোনো স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের অনুমোদনের সাথে একত্রিত করা যাবে না। (মনোরোগ চিকিৎসার নেট প্রকাশের অনুমোদন অন্যান্য সকল অনুমোদন থেকে ভিন্ন হতে হবে।)
- তথ্য প্রকাশের উদ্দেশ্য – রোগী স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের উদ্দেশ্যটি চিহ্নিত করার জন্য স্বাক্ষর প্রদান করবেন। (চিকিৎসা অব্যাহত রাখার জন্য, বিলিং-এর জন্য, ব্যক্তিগত কপির জন্য, ইত্যাদি) প্রতিটি ফরমে কেবল একটি উদ্দেশ্য লিখুন।
- অনুমোদন কার্যকর থাকবে যতক্ষণ না - একটি নির্দিষ্ট তারিখ বা নির্দিষ্ট ঘটনা লিখুন যখন রোগী অনুমোদনের মেয়াদ শেষ করতে চান। (একটি ঘটনার উদাহরণ হবে “প্রোগ্রাম থেকে অব্যাহতি না দেওয়া পর্যন্ত”) যদি একটি তারিখ লেখা হয়, তবে তারিখটি এক বছরে বেশি হওয়া উচিত নয়। যদি একটি ঘটনা লেখা হয়, তবে এটি এক বছরের বেশি হতে পারে।
- PHI প্রকাশ করা।
 - রোগী এখানে স্বাক্ষর করবেন যাতে DPH এই ফরমে উল্লিখিত প্রতিষ্ঠানকে PHI ফ্যাক্স করতে অনুমতি দেয়। ফ্যাক্স নম্বর লিখুন, যদি জানা থাকে।
 - DPH-কে ইমেইল যোগাযোগ ব্যবহার করার জন্য অনুমোদন দিতে রোগী এখানে স্বাক্ষর করবেন। ইমেইল ঠিকানা লিখুন, যদি জানা থাকে।
 - রোগী এখানে স্বাক্ষর করবেন যাতে DPH এই ফরমে উল্লিখিত প্রতিষ্ঠানকে PHI মেল করতে অনুমতি দেয়। ডাকঘোগের ঠিকানা লিখুন।

7. স্বাক্ষর/তারিখ: রোগী, আইনগত অভিভাবক বা ব্যক্তিগত প্রতিনিধি এখানে স্বাক্ষর করবেন এবং ফরমাটি পূরণ করার তারিখ লিখবেন।
সাক্ষী/তারিখ: শুধুমাত্র তখনই একজন সাক্ষী এখানে স্বাক্ষর করবেন এবং তারিখ লিখবেন যদি রোগী/ব্যক্তিগত প্রতিনিধি
স্বাক্ষর করতে না পারেন বা "X" দিয়ে স্বাক্ষর করেন। স্পষ্টাক্ষরের নাম: ফরমে স্বাক্ষরকারী রোগী/ব্যক্তিগত প্রতিনিধির নামটি
স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

ব্যক্তিগত প্রতিনিধির সম্পর্ক: যদি রোগী ছাড়া অন্য কেউ ফরমে স্বাক্ষর করে, তাহলে রোগীর সাথে সেই ব্যক্তির সম্পর্ক লিখুন।
রোগীকে পূরণকৃত 1623-ENG-DPH এর একটি অনুলিপি দেওয়া হবে। যদি রোগীকে একটি অনুলিপি প্রদান করা হয়, তাহলে DPH
কর্মী নিশ্চিত করবেন যে অনুলিপিটি প্রদান করা হয়েছে কি না। যদি রোগী অনুলিপি প্রত্যাখ্যান করে, তাহলে DPH কর্মী নিশ্চিত
করবেন যে অনুলিপিটি প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে কি না। যদি রোগী অনুরোধ করেন যে তাকে একটি অনুলিপি মেল করা হোক, তাহে
DPH কর্মী যাচাই করবেন যে অনুলিপিটি মেল করা হয়েছে কিনা, এবং তারপর রোগীকে একটি অনুলিপি মেল করবেন।

HIPAA অনুযায়ী, তথ্য প্রকাশের পূর্বে রোগীকে তার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য পরিদর্শন বা অনুলিপি প্রাপ্তির জন্য অনুরোধ করার সুযোগ
প্রদান করা আবশ্যিক। HIPAA অনুযায়ী, আমরা রোগীকে অবশ্যই অবহিত করব যে একবার আমরা অন্য কোনো প্রতিষ্ঠানে তথ্য
প্রকাশ করলে, প্রাপক এটি পুনরায় প্রকাশ করতে পারে এবং এটি আর স্টেট বা ফেডারেল আইনের দ্বারা সুরক্ষিত নাও থাকতে পারে।
(তথ্য গ্রহণকারী প্রতিষ্ঠান HIPAA এর "আওতাভুক্ত" নাও হতে পারে এবং তাই, HIPAA গোপনীয়তা আইন দ্বারা সুরক্ষিত নাও থাকতে
পারে।)

HIPAA অনুযায়ী, আমরা রোগীকে জানাই যে তারা তথ্য প্রকাশের জন্য অনুমোদনপত্রে স্বাক্ষর করতে অঙ্গীকার করলে, আমরা
চিকিৎসা, অর্থ প্রদান, তালিকাভুক্তি বা সুবিধার জন্য যোগ্যতা অঙ্গীকার করতে পারি না; এবং এটি রোগীকে চিকিৎসা প্রদান বা প্রদত্ত
পরিষেবার জন্য অর্থ সংগ্রহ করা থেকে আমাদের বিরত রাখবে না। রেকর্ড প্রকাশকারী প্রতিষ্ঠানের নাম প্রথম ফাঁকা স্থানে লিখতে হবে।
কিছু DPH প্রোগ্রামের জন্য, রোগীকে প্রোগ্রামে ভর্তি করার আগে চিকিৎসা, অর্থ প্রদান, ভর্তি বা সুবিধার যোগ্যতার জন্য প্রয়োজনীয়
তথ্য প্রকাশ করা বাধ্যতামূলক হতে পারে। সেই ক্ষেত্রে, এখানে প্রোগ্রামের নাম লিখুন।

8. এই অনুমোদন প্রত্যাহার করা- যদি রোগী এই অনুমোদন প্রত্যাহার করতে চান, তবে তিনি যে কোনো সময় এখানে মূল অনুমোদনে
স্বাক্ষর এবং তারিখ দিয়ে এটি করতে পারেন। রোগীর স্বাক্ষরিত তারিখে অনুমোদন প্রত্যাহার করা হয়। একজন সাক্ষীর স্বাক্ষর কেব
তখনই প্রয়োজন, যদি রোগী স্বাক্ষর করতে পারেন না বা "X" চিহ্ন দিয়ে স্বাক্ষর করেন। সাক্ষী যে তারিখে স্বাক্ষর করেন তা
এখানে লেখা হয়।
9. রোগীর স্বাস্থ্য রেকর্ড নম্বর, নাম এবং জন্ম তারিখ নিচের ডান কোণে লেখা হয়। পছন্দসই হলে, রোগীর লেবেল ব্যবহার করা যেতে
পারে।

ফরমের দ্বিতীয় পৃষ্ঠা:

1. প্রথম কলামে, তথ্য যে নামে/ঠিকানায়/সিটিটে/স্টেটে/জিপ কোডে পাঠানো হচ্ছে তা লিখুন। যদি অন্য তথ্যের প্রয়োজন হয়, তাহ
"অন্যান্য" এর পাশে তা লিখুন। যদি এটি কোনো একক প্রতিষ্ঠানের কাছে প্রকাশ করা হয় এবং তথ্যটি প্রথম পৃষ্ঠায় প্রদান করা হয়,
তবে DPH কর্মী পুনরায় প্রবেশের পরিবর্তে সেই তথ্যটি উল্লেখ করতে পারেন।
2. দ্বিতীয় কলামে, প্রকাশিত তথ্য, তথ্য প্রকাশকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর এবং তথ্য প্রকাশের তারিখ লিখুন।

অফিস মেকানিঞ্চ এবং ফাইলিং:

এই ফরমটি স্বাস্থ্য রেকর্ড নীতিমালা ম্যানুয়ালে থাকা স্বাস্থ্য রেকর্ড ফরমটি অনুযায়ী বিস্তৃত স্বাস্থ্য রেকর্ডে ফাইল করতে হবে। বিস্তৃত স্বাস্থ্য
রেকর্ড সংরক্ষণ সময়সূচি প্রযোজ্য।

যদি এই ফরমটি পূরণ বা ব্যবহার করার বিষয়ে কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে DPH গোপনীয়তা কর্মকর্তা বা DPH
আইন বিষয়ক অফিসে যোগাযোগ করুন।