



પરત કરવાનું સરનામું

- દદીના આદ્યારો જ જુલાગ પરે છે. (સેવા પ્રકર હેઠળ "ALL" તપાસવામું તે સેવા પ્રકર માટે લેબ પવસ્ટામો શામેલ છે.)

હું નીચેની માવજતી જાહેર કરવા માંગતો નથી:

_____/_____. (દહીના આદ્યર્થ ૨)

4. માઠતી પ્રકાશતકરવાનો હેત: (દદીના આદ્યર્ષિ ર એક) _____ સારવાર યાલ રાખવી; અથવા વ્યવગિત નકલ; અથવા _____ કાનૂની; અથવા અન્ય (રીલીઝરીલીઝનો હેત અને આદ્યર્ષિ ર દાખલ કરો)
5. આ અવક્રિતતા ત્મું સ િ અસરકારક રહેશે જું સ િ: (દદીના આદ્યર્ષિ ર એક) _____ આજથી એક વર્મ્મછી; અથવા _____ કાયમક્રમથી રજા ન મળે ત્મું સ િ; અથવા અન્ય (દદી વચ્ચે ર તારીખ અથવા ઘટના અને આદ્યર્ષિ રો દાખલ કરે છે)
- હું સમજું છું કે આ અવક્રિતતાની નકલને મૂળ તરીકે ગણવામું આવી શકે છે.
6. તમે મારી સ સતિ આરોગ્યમાઠતી ઉપરો િ #3 મું નામ આપેલ વ્યવ િ અથવા સુંઘ્યાને નીચેની રીતે જાહેર કરી શકો છો:
- a) ફેક્સ દ્ધા _____ (અહી દદીના આદ્યર્ષિ ર) ફેક્સ નુંબર _____
- b) ઇમેઇલ દ્ધા _____ (અહી દદીના આદ્યર્ષિ ર) ઇમેઇલ સરનામું _____
- c) ટપાલ દ્ધા _____ (અહી દદીના આદ્યર્ષિ ર) ટપાલ સરનામું _____
- હું સમજું છું કે આ પદ્ધવતઅદ્ધા મારી માઠતી મોકલીને મારી ગ પ્તની ખાતરી આપી શકાતી નથી.
- 7.
- | | | | |
|--------------------------------|-------|--|-------|
| દદી અથવા વ્યવગિત પ્રવતવનથી સહી | તારીખ | સા િ - જો દદી હટારિ ન કરી શકે અથવા "x" લખે તો જરૂર િ છે) | તારીખ |
|--------------------------------|-------|--|-------|

(દદીન મ વર્તિ નામ)

વ્યવગિત પરવતવનનો સિંચું (જો વ્યવગિત પરવતવન સ્પષ્ટતા રી કરવામાં આવે તો)

8. આ અવક્રિતતા રદ કરવી: હું સમજું છું કે હું નીચે હટતારી કરીને કોઈપણ સમયે આ અવક્રિતતા રદ કરી શકું છું, વસાયા કે જ્ રે આ અવક્રિતતાના આગિરે અથવા વીમા લાભો મેળવવા માટે માફતી પહેલાથી જ જાહેર કરવામાં આવી હોય.

_____ (દદી/અર્ચકૃત પ્રવતવનૃવ) તારીખ: _____
 _____ (સામી: જો દદી હટતારિ ન કરી શકે અથવા "x" લખે તો જૂરૂરી છે) તારીખ: _____

(અહીં દૈનિક લેબલનો ઉપયોગ થઈ શકે છે)

દહીન નામ: _____

જન્મ તારીખ:

માહિતી પ્રકાશિત કરવામાં આવી:

1. નામ: _____
સરનામું: _____
શહેર/રાજ્ય/ઝિપ કોડ: _____
અન્ય: _____
2. નામ: _____
સરનામું: _____
શહેર/રાજ્ય/ઝિપ કોડ: _____
અન્ય: _____
3. નામ: _____
સરનામું: _____
શહેર/રાજ્ય/ઝિપ કોડ: _____
અન્ય: _____
4. નામ: _____
સરનામું: _____
શહેર/રાજ્ય/ઝિપ કોડ: _____
અન્ય: _____
5. નામ: _____
સરનામું: _____
શહેર/રાજ્ય/ઝિપ કોડ: _____
અન્ય: _____
6. નામ: _____
સરનામું: _____
શહેર/રાજ્ય/ઝિપ કોડ: _____
અન્ય: _____
7. નામ: _____
સરનામું: _____
શહેર/રાજ્ય/ઝિપ કોડ: _____
અન્ય: _____
8. નામ: _____
સરનામું: _____
શહેર/રાજ્ય/ઝિપ કોડ: _____
અન્ય: _____
9. નામ: _____
સરનામું: _____
શહેર/રાજ્ય/ઝિપ કોડ: _____
અન્ય: _____
10. નામ: _____
સરનામું: _____
શહેર/રાજ્ય/ઝિપ કોડ: _____
અન્ય: _____

જાહેર કરાયેલ માહિતી/હસ્તાક્ષર/તારીખ:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

દર્દીના આરોગ્ય રેકૉર્ડ નંબર: (અહીં દર્દી લેબલનો ઉપયોગ થઈ શકે છે) _____
દર્દીનું નામ: _____
જન્મ તારીખ: _____

આરોગ્ય માહિતી પ્રકાશિત કરવા માટે અધિકૃતતા પૂર્ણ કરવા માટેની સૂચનાઓ

1623-GUJ-DPH

હેતુ: આ ફોર્મનો ઉપયોગ દર્દી, માતાપિતા અથવા કાનૂની વાલી પાસેથી એક સંસ્થાથી બીજી સંસ્થા (DPH થી બીજી સંસ્થા અથવા બીજી સંસ્થાથી DPH) ને આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરવા માટે અધિકૃતતા મેળવવા માટે થાય છે. અન્ય એકમ તેમના રેકૉર્ડમાંથી માહિતી જાહેર કરવા માટે તેમના અધિકૃતતા ફોર્મનો ઉપયોગ કરવાની માંગ કરી શકે છે.

નોંધ: જો દર્દી અમને તે જાહેર કરવા કહે અથવા દર્દીની સંભાળ યાવુ રાખવા માટે તે જરૂરી હોય તો ગૌણ માહિતી (DPH દ્વારા બનાવવામાં ન આવતી માહિતી જે અમારા રેકૉર્ડમાં દાખલ કરવામાં આવે છે) જાહેર કરવામાં આવશે. જો ગૌણ માહિતી "ફરીથી પ્રકાશિત કરવા માટે નથી" તરીકે ચિહ્નિત થયેલ હોય, તો તે DPH તરફથી નહીં, પરંતુ તેને બનાવનાર સંસ્થા તરફથી પ્રકાશિત થવી જોઈએ.

વસ્તુ પ્રમાણે સૂચનાઓ:

- જો દર્દી આ ફોર્મ ભરવામાં મદદની વિનંતી કરે, તો મદદ કરનાર વ્યક્તિનું નામ દાખલ કરો, અને દર્દી અહીં હસ્તાક્ષર કરશે.
- DPH મુલાકાત દરમિયાન સાથે રહેવાની વિનંતી કરનાર દર્દીનું નામ દાખલ કરો.
 - દર્દી સાથે આવનાર વ્યક્તિનું નામ દાખલ કરો.
 - મુલાકાતની તારીખ દાખલ કરો. જો દર્દી આ બધું માંગી રહ્યો હોય, તો નંબર 7 પર જાઓ.
- આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરવાની મંજૂરી આપનાર વ્યક્તિનું નામ દાખલ કરો. (દર્દી, માતાપિતા અથવા કાનૂની વાલી)
 - સંસ્થા રિલીઝ કરતી માહિતી દાખલ કરો (જો DPH માહિતી રિલીઝ કરી રહ્યું હોય, તો DPH દાખલ કરો. જો બીજી કોઈ સંસ્થા DPH ને તેમની માહિતી જાહેર કરવા માટે આ ફોર્મનો ઉપયોગ કરી રહી હોય, તો તે સંસ્થાનું નામ અહીં દાખલ કરવામાં આવશે.)
 - જે દર્દીની આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરવામાં આવી રહી છે તેનું નામ દાખલ કરો. જો આ ઉપર 3a) માં દાખલ કરેલા નામ જેવું જ હોય, તો નામ ફરીથી દાખલ કરવાને બદલે "હું પોતે" દાખલ કરી શકાય છે.
 - જે સંસ્થાને રેકૉર્ડ્સ રિલીઝ કરવામાં આવી રહ્યા છે તે સંસ્થા દાખલ કરો (જો DPH માહિતી રિલીઝ કરી રહ્યું હોય, તો DPH જે સંસ્થાને માહિતી રિલીઝ કરી રહ્યું છે તેનું નામ દાખલ કરો. જો કોઈ અન્ય સંસ્થા તેમના રેકૉર્ડમાંથી આરોગ્ય માહિતી DPH ને જાહેર કરવા માટે આ ફોર્મનો ઉપયોગ કરી રહી હોય, તો DPH દાખલ કરો.)
 - દર્દી જાહેર કરવાના રેકૉર્ડની બાજુમાં આવેલા બોક્સમાં નામનો આધાક્ષર કરશે. પ્રોગ્રામ વિસ્તાર માટે "બધા" રેકૉર્ડ તપાસવામાં તે પ્રોગ્રામ વિસ્તાર માટેની લેબનો સમાવેશ થાય છે. જો કોઈ કાર્યક્રમ ક્ષેત્ર માટેના રેકૉર્ડનો ફક્ત એક ભાગ જ પ્રકાશિત કરવાનો હોય, તો પ્રકાશિત કરવાના રેકૉર્ડના વિભાગોની યાદી બનાવો અને દર્દીના આધાક્ષર કરાવો. **સગીરોના કુટુંબ નિયોજનના રેકૉર્ડ સગીરની પરવાનગી વિના જાહેર કરવા જોઈએ નહીં, સિવાય કે માન્ય કોર્ટનો આદેશ પ્રાપ્ત થાય..** દર્દીએ પ્રોગ્રામ એરિયામાં શરૂઆત કર્યા વિના અને "બધા" રેકૉર્ડ તપાસ્યા વિના અથવા "વિશેષ" કોલમ હેઠળ વિગતો આપ્યા વિના HIV અથવા STD માહિતી જાહેર કરી શકાતી નથી. જો આ રીલીઝનો ઉપયોગ એક કરતાં વધુ સંસ્થાને આરોગ્ય માહિતી મોકલવા માટે થઈ રહ્યો હોય (જ્યારે મંજૂરી હોય), તો "આ ફોર્મની વિરુદ્ધ બાજુ જુઓ # 1-# X" દાખલ કરો. (દા.ત., જો માહિતી 3 અલગ અલગ સંસ્થાને મેઇલ કરવામાં આવી રહી હોય, તો "આ ફોર્મની વિરુદ્ધ બાજુ જુઓ # 1-# 3" દાખલ કરો. ".) **જાહેર કરવામાં આવી રહેલી માહિતી અને જાહેર કરવાનો હેતુ દરેક સંસ્થા માટે સમાન હોવો જોઈએ અથવા દરેક સંસ્થા માટે અલગ અધિકૃતતા પૂર્ણ કરવી આવશ્યક છે.**
 - જો દર્દી વિશેષ માહિતી જાહેર કરવા માંગતા ન હોય, તો તે/તેણી અહીં સ્પષ્ટ કરી શકે છે અને આધાક્ષર કરી શકે છે.
 - જો અધિકૃતતા "મનોરોગ ચિકિત્સા નોંધો" પ્રકાશિત કરવાની વિનંતી કરતી હોય, તો તેને આરોગ્ય માહિતી પ્રકાશિત કરવા માટે અન્ય કોઈપણ અધિકૃતતા સાથે જોડી શકાશે નહીં. (મનોરોગ ચિકિત્સા નોંધો પ્રકાશિત કરવા માટેના અધિકૃતતાઓ અન્ય તમામથી અલગ હોવા જોઈએ.)
- માહિતી રીલીઝ કરવાનો હેતુ - દર્દી આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરવાના હેતુ માટે આધાક્ષર કરે છે. (યાવુ સારવાર માટે, બિલિંગ માટે, વ્યક્તિગત નકલ માટે, વગેરે) દરેક ફોર્મમાં ફક્ત એક જ હેતુ દાખલ કરો.
- અધિકૃતતા ત્યાં સુધી અમલમાં રહેશે જ્યાં સુધી - દર્દી ઇચ્છે છે કે અધિકૃતતા સમાપ્ત થાય ત્યારે વિશેષ તારીખ અથવા વિશેષ ઘટના દાખલ કરો. (ઘટનાનું ઉદાહરણ "કાર્યક્રમમાંથી રજા ન મળે ત્યાં સુધી" હશે) જો તારીખ દાખલ કરવામાં આવે, તો તારીખ એક વર્ષથી વધુ ન હોવી જોઈએ. જો કોઈ ઘટના દાખલ કરવામાં આવે, તો આ એક વર્ષથી વધુ સમય લાગી શકે છે.
- PHI રીલીઝ કરવું.
 - દર્દી અહીં સંસ્થાને PHI ફેક્સ કરવા માટે DPH ને અધિકૃત કરવા માટે આધાક્ષર કરે છે. જો જાણ હોય તો ફેક્સ નંબર દાખલ કરો.
 - દર્દીએ DPH ને ઇમેઇલ સંદેશાવ્યવહારનો ઉપયોગ કરવા માટે અધિકૃત કરવા માટે અહીં આધાક્ષર લખ્યા છે. જો જાણ હોય તો ઇમેઇલ સરનામું દાખલ કરો.
 - દર્દી અહીં નામના સંસ્થાને PHI મેઇલ કરવા માટે DPH ને અધિકૃત કરવા માટે આધાક્ષર કરે છે. ટપાલનું સરનામું દાખલ કરો.

7. હસ્તાક્ષર/તારીખ: દર્દી, કાનૂની વાલી અથવા વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ અહીં હસ્તાક્ષર કરશે અને ફોર્મ ભર્યાની તારીખ દાખલ કરશે.
સાક્ષી/તારીખ: જો દર્દી/વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ હસ્તાક્ષર ન કરી શકે અથવા "X" સાથે હસ્તાક્ષર ન કરી શકે તો જ સાક્ષી અહીં હસ્તાક્ષર અને તારીખ આપે છે. મુદ્રિત નામ: ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરનાર દર્દી/વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિનું નામ મુદ્રિત કરો.
વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિનો સંબંધ: જો દર્દી સિવાય કોઈ અન્ય વ્યક્તિ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરે છે, તો તે વ્યક્તિનો દર્દી સાથેનો સંબંધ દાખલ કરો.
દર્દીને પૂર્ણ થયેલ 1623-ENG-DPM ની એક નકલ આપવામાં આવશે. જો દર્દીને નકલ આપવામાં આવે, તો DPM સ્ટાફ સભ્ય તપાસ કરે છે કે નકલ આપવામાં આવી હતી. જો દર્દી દ્વારા નકલ નકારવામાં આવે, તો DPM સ્ટાફ સભ્ય તપાસ કરે છે કે નકલ નકારવામાં આવી છે. જો દર્દી તેને/તેણીને એક નકલ મેઇલ કરવાની વિનંતી કરે છે, તો DPM સ્ટાફ સભ્ય તપાસ કરે છે કે એક નકલ મેઇલ કરવામાં આવી છે, અને પછી દર્દીને એક નકલ મેઇલ કરે છે.

HIPAA માટે જરૂરી છે કે આપણે દર્દીને તેની સુરક્ષિત આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરતા પહેલા તેની તપાસ કરવાની અથવા તેની નકલ મેળવવાની વિનંતી કરવાની તક આપીએ. HIPAA માટે જરૂરી છે કે અમે દર્દીને જાણ કરીએ કે એકવાર આપણે બીજી સંસ્થાને માહિતી જાહેર કરીએ, પછી તે પ્રાપ્તકર્તા દ્વારા ફરીથી જાહેર કરી શકાય છે અને રાજ્ય અથવા સંઘીય કાયદા દ્વારા સુરક્ષિત રહેશે નહીં. (માહિતી પ્રાપ્ત કરનાર સંસ્થા HIPAA દ્વારા "આવરી" શક્તિ નથી અને તેથી, HIPAA ગોપનીયતા કાયદા દ્વારા આવરી લેવામાં આવશે નહીં.)

HIPAA માટે જરૂરી છે કે અમે દર્દીને જાણ કરીએ કે જો તેઓ માહિતી જાહેર કરવા માટેના અધિકૃતતા પર હસ્તાક્ષર કરવાનો ઇનકાર કરે છે, તો અમે સારવાર, યુકવણી, નોંધણી અથવા લાભો માટે પાત્રતાનો ઇનકાર કરી શકતા નથી; અને આ અમને દર્દીને સારવાર પૂરી પાડવાથી કે આપવામાં આવતી સેવાઓ માટે યુકવણી એકત્રિત કરવાથી રોકી શકશે નહીં. રેકૉર્ડ્સ રિલીઝ કરતી સંસ્થાનું નામ પહેલા ખાલી જગ્યા પર દાખલ કરવામાં આવે છે. કેટલાક DPM કાર્યક્રમોમાં દર્દીને કાર્યક્રમમાં નોંધણી કરાવતા પહેલા સારવાર, યુકવણી, નોંધણી અથવા લાભો માટે પાત્રતા માટે જરૂરી માહિતી જાહેર કરવાની જરૂર પડે છે. તે કિસ્સાઓમાં, અહીં પ્રોગ્રામનું નામ દાખલ કરો.

8. આ અધિકૃતતા રદ કરવી - જો દર્દી આ અધિકૃતતા રદ કરવા માંગે છે, તો તે/તેણી અહીં મૂળ અધિકૃતતા પર હસ્તાક્ષર અને તારીખ લખીને કોઈપણ સમયે આમ કરી શકે છે. દર્દી દ્વારા હસ્તાક્ષર કરાયેલી તારીખે અધિકૃતતા રદ કરવામાં આવે છે. જો દર્દી હસ્તાક્ષર ન કરી શકે અથવા "X" વડે હસ્તાક્ષર કરી શકે તો જ સાક્ષીની હસ્તાક્ષર જરૂરી છે. સાક્ષીની સહીઓ અને તારીખ અહીં દાખલ કરો.
9. દર્દીનો આરોગ્ય રેકૉર્ડ નંબર, નામ અને જન્મ તારીખ નીચેના જમણા ખૂણામાં દાખલ કરવામાં આવે છે. જો ઇચ્છિત હોય, તો દર્દીના લેબલનો ઉપયોગ તેના બદલે કરી શકાય છે.

ફોર્મનું પૃષ્ઠ બે:

1. પહેલી કોલમમાં, નામ/સરનામું/શહેર/રાજ્ય/ઝિપ કોડ દાખલ કરો જ્યાં માહિતી ટપાલ દ્વારા મોકલવામાં આવી છે. જો અન્ય માહિતીની જરૂર હોય, તો તેને "અન્ય" ની બાજુમાં દાખલ કરો. જો તે એક જ સંસ્થા માટે રીલીઝ હોય અને માહિતી પહેલા પૃષ્ઠ પર આપવામાં આવી હોય, તો DPM સ્ટાફ સભ્ય તેને ફરીથી દાખલ કરવાને બદલે તે માહિતીનો સંદર્ભ લઈ શકે છે.
2. બીજી કોલમમાં, જાહેર કરવામાં આવેલી માહિતી, માહિતી જાહેર કરનાર વ્યક્તિની હસ્તાક્ષર અને માહિતી જાહેર થયાની તારીખ દાખલ કરો.

ઓફિસ મિકેનિક્સ અને ફાઇલિંગ:

આ ફોર્મ આરોગ્ય રેકૉર્ડ પોલિસી મેન્યુઅલમાં સ્થિત આરોગ્ય રેકૉર્ડ ફોર્મેટ અનુસાર કોમ્પ્રીહેન્સિવ હેલ્થ રેકૉર્ડમાં ફાઇલ કરવું જોઈએ. વ્યાપક આરોગ્ય રેકૉર્ડ રીટેન્શન શેડ્યૂલ લાગુ પડે છે.

જો આ ફોર્મ કેવી રીતે ભરવું અથવા તેનો ઉપયોગ કેવી રીતે કરવો તે અંગે કોઈ પ્રશ્નો હોય, તો કૃપા કરીને DPM ગોપનીયતા અધિકારી અથવા DPM કાનૂની કાર્યાલયનો સંપર્ક કરો.