

রোগীর নাম	জন্ম তারিখ	রোগীর সনাক্তকরণ নম্বর
রোগীর ঠিকানা		

আমি, বা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি অনুরোধ করছি যে আমার পরিচর্যা ও চিকিৎসা সংক্রান্ত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য এই ফর্মে উল্লিখিত অনুসারে প্রকাশ করা হোক। আমি বুঝতে পারি যে:

- এই অনুমোদনের মধ্যে অ্যালকোহল এবং মাদক চিকিৎসা, মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসা, এবং গোপনীয় HIV/AIDS-সম্পর্কিত তথ্যের প্রকাশ অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে শুধুমাত্র যদি আমি আইটেম ৪-এর উপযুক্ত লাইনে আমার আদ্যক্ষর করি। যদি নীচে বর্ণিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যে এই ধরনের যেকোন তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে এবং আমি আইটেম ৪-এর বাক্সে লাইনটি শুরু করি, তবে আমি বিশেষভাবে আইটেম ৬-এ নির্দেশিত ব্যক্তি(দের) কাছে এই ধরনের তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দিই।
- কিছু ব্যতিক্রমের সাথে, স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য একবার প্রকাশিত হলে প্রাপকের দ্বারা পুনরায় প্রকাশ করা যেতে পারে। যদি আমি HIV/AIDS-সম্পর্কিত, অ্যালকোহল বা মাদক চিকিৎসা, বা মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দিই, তবে প্রাপকের আমার অনুমোদন ছাড়া এই ধরনের তথ্য পুনঃপ্রকাশ করা বা অন্য কোনো উদ্দেশ্যে প্রকাশ করা তথ্য ব্যবহার করা নিষিদ্ধ যদি না ফেডারেল বা স্টেটের আইনের অধীনে এটি করার অনুমতি দেওয়া হয়। HIV/AIDS-সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ বা প্রকাশের কারণে যদি আমি বৈষম্যের শিকার হই, তাহলে আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিভিশন অফ হিউম্যান রাইটস (New York State Division of Human Rights)-এর সাথে 1-888-392-3644 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারি। এই এজেন্সি আমার অধিকার রক্ষার জন্য দায়বদ্ধ।
- আইটেম ৫-এ নীচে তালিকাভুক্ত প্রদানকারীর কাছে লিখিত অনুরোধের মাধ্যমে যে কোনো সময়ে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আমার আছে। আমি বুঝতে পারি যে এই অনুমোদনের উপর ভিত্তি করে ইতিমধ্যেই যে ব্যবস্থা নেওয়া হয়েছে তা ছাড়া আমি এই অনুমোদন প্রত্যাহার করতে পারি।
- এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করা স্বেচ্ছাধীন। আমি বুঝতে পারি যে সাধারণত আমার চিকিৎসা, অর্থপ্রদান, একটি স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় তালিকাভুক্তি, বা সুবিধাগুলির জন্য যোগ্যতা এই প্রকাশের আমার অনুমোদনের উপর শর্তসাপেক্ষ হবে না। তবে, আমি বুঝতে পারি যে আমি যদি এই সম্মতিতে স্বাক্ষর না করি তবে কিছু পরিস্থিতিতে আমাকে চিকিৎসা থেকে বঞ্চিত করা হতে পারে।

5. এই তথ্য প্রকাশ করতে প্রদানকারী বা সত্তার নাম এবং ঠিকানা:

6. ব্যক্তি(দের) নাম এবং ঠিকানা যাদের কাছে এই তথ্য প্রকাশ করা হবে:

7. তথ্য প্রকাশের উদ্দেশ্য:

8. আমার দ্বারা পূর্বে প্রত্যাহার না করা হলে, নীচের নির্দিষ্ট তথ্যগুলি থেকে প্রকাশ করা হতে পারে: _____ যতক্ষণ না _____
শুরুর তারিখ লিখুন মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ বা ইভেন্টটি লিখুন

সমস্ত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য (লিখিত এবং মৌখিক), ব্যতীত:

নিম্নলিখিতগুলিকে অন্তর্ভুক্ত করার জন্য, প্রকাশ করার জন্য নির্দিষ্ট
তথ্য নির্দেশ করুন এবং নীচে প্রাথমিকভাবে উল্লেখ করুন।

অ্যালকোহল/মাদক চিকিৎসা প্রোগ্রামের রেকর্ড

মানসিক স্বাস্থ্য প্রোগ্রামের ক্লিনিকাল রেকর্ড*

HIV/AIDS-সম্পর্কিত তথ্য

প্রকাশ করার তথ্য	আদ্যক্ষর

9. রোগী না হলে, ফর্মে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির নাম: _____ 10. রোগীর পক্ষে স্বাক্ষর করার কর্তা: _____

এই ফর্মের সমস্ত আইটেম সম্পূর্ণ হয়েছে, এই ফর্ম সম্পর্কে আমার প্রশ্নের উত্তর দেওয়া হয়েছে এবং আমাকে ফর্মের একটি অনুলিপি দেওয়া হয়েছে।

আইন দ্বারা অনুমোদিত রোগী বা প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

সাক্ষীর বিবৃতি/স্বাক্ষর: আমি এই অনুমোদনের বাস্তবায়ন প্রত্যক্ষ করেছি এবং বলেছি যে স্বাক্ষরিত অনুমোদনের একটি অনুলিপি রোগী এবং/
অথবা রোগীর অনুমোদিত প্রতিনিধিকে প্রদান করা হয়েছিল।

কর্মচারী ব্যক্তির নাম এবং পদবি

স্বাক্ষর

তারিখ

এই ফর্মটি DOH-2557 -এর জায়গায় ব্যবহার করা যেতে পারে এবং NYS অফিস অফ মেন্টাল হেলথ (NYS Office of Mental Health) এবং NYS অফিস অফ অ্যালকোহলিজম অ্যান্ড সাবস্ট্যান্স অ্যাবুজ সার্ভিসেস (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services) দ্বারা স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের অনুমতি দেওয়ার জন্য অনুমোদিত হয়েছে। তবে, এই ফর্মের জন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করার প্রয়োজন নেই। এই ফর্মের মাধ্যমে প্রকাশ করা অ্যালকোহল/মাদক চিকিৎসা-সম্পর্কিত তথ্য বা গোপনীয় HIV-সম্পর্কিত তথ্যের সাথে অবশ্যই পুনঃপ্রকাশের নিষেধাজ্ঞা সম্পর্কিত প্রয়োজনীয় বিবৃতি থাকতে হবে।

*দ্রষ্টব্য: মানসিক স্বাস্থ্যের ক্লিনিকাল রেকর্ড থেকে তথ্য এই অনুমোদন অনুসারে এখানে চিহ্নিত দলগুলির কাছে প্রকাশ করা যেতে পারে যাদের তথ্যের জন্য একটি প্রমাণযোগ্য প্রয়োজন রয়েছে, তবে শর্ত থাকে যে প্রকাশটি রোগী বা অন্য ব্যক্তির জন্য ক্ষতিকারক হবে বলে যুক্তিসঙ্গতভাবে আশা করা হবে না।