

स्वास्थ्य सूचना (शराब/नशीली दवाओं के उपचार और मानसिक स्वास्थ्य सूचना सहित) और गोपनीय HIV/AIDS से संबंधित सूचना जारी करने का प्राधिकरण

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

मरीज का नाम	जन्म तिथि	मरीज पहचान संख्या
मरीज का पता		

मैं या मेरा अधिकृत प्रतिनिधि अनुरोध करता हूँ कि मेरी देखभाल और उपचार से संबंधित स्वास्थ्य जानकारी इस फॉर्म में बताए अनुसार जारी की जाए। मैं समझता हूँ कि:

- इस प्राधिकरण में शराब और नशीली दवाओं के उपचार, मानसिक स्वास्थ्य उपचार, और गोपनीय एचआईवी/एड्स-RELATED से संबंधित जानकारी का प्रकटीकरण शामिल हो सकता है, केवल तभी जब मैं मद 8 में उचित पंक्ति पर अपना आद्याक्षर करूँ। यदि नीचे वर्णित स्वास्थ्य सूचना में इनमें से कोई भी प्रकार की सूचना शामिल है, और मैं मद 8 में बॉक्स पर पंक्ति पर हस्ताक्षर करता हूँ, तो मैं विशेष रूप से मद 6 में निर्दिष्ट व्यक्ति (व्यक्तियों) को ऐसी सूचना जारी करने को अधिकृत करता हूँ।
- कुछ अपवादों के साथ, एक बार प्रकट की गई स्वास्थ्य जानकारी को प्राप्तकर्ता द्वारा पुनः प्रकट किया जा सकता है। यदि मैं एचआईवी/एड्स से संबंधित, शराब या नशीली दवाओं के उपचार, या मानसिक स्वास्थ्य उपचार संबंधी जानकारी जारी करने को अधिकृत कर रहा हूँ, तो प्राप्तकर्ता को ऐसी जानकारी को पुनः प्रकट करने या प्रकट की गई जानकारी को मेरी अनुमति के बिना किसी अन्य उद्देश्य के लिए उपयोग करने से प्रतिबंधित किया जाता है, जब तक कि संघीय या राज्य कानून के तहत ऐसा करने की अनुमति न हो। यदि मुझे एचआईवी/एड्स से संबंधित जानकारी जारी करने या प्रकट करने के कारण भेदभाव का सामना करना पड़ता है, तो मैं न्यूयॉर्क राज्य मानवाधिकार प्रभाग से 1-888-392-3644 पर संपर्क कर सकता हूँ। यह एजेंसी मेरे अधिकारों की रक्षा के लिए जिम्मेदार है।
- मुझे किसी भी समय नीचे मद 5 में सूचीबद्ध प्रदाता को लिखकर इस प्राधिकरण को रद्द करने का अधिकार है। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं इस प्राधिकरण को रद्द कर सकता/सकती हूँ, सिवाय इसके कि इस प्राधिकरण के आधार पर पहले ही कोई कार्रवाई की जा चुकी हो।
- इस प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करना स्वैच्छिक है। मैं समझता/समझती हूँ कि सामान्यतः मेरा उपचार, भुगतान, स्वास्थ्य योजना में नामांकन, या लाभों के लिए पात्रता, इस प्रकटीकरण के लिए मेरे प्राधिकरण पर सशर्त नहीं होगी। हालाँकि, मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैं इस सहमति पर हस्ताक्षर नहीं करता/करती हूँ तो कुछ परिस्थितियों में मुझे उपचार से वंचित किया जा सकता है।

5. इस जानकारी को जारी करने वाले प्रदाता या संस्था का नाम और पता:		
6. उस व्यक्ति/व्यक्तियों का नाम और पता जिसे यह जानकारी बताई जाएगी:		
7. सूचना जारी करने का उद्देश्य:		
8. जब तक कि मेरे द्वारा पहले से निरस्त न कर दिया जाए, नीचे दी गई विशिष्ट जानकारी का खुलासा निम्नलिखित से किया जा सकता है:		
<input type="checkbox"/> सभी स्वास्थ्य जानकारी (लिखित और मौखिक), सिवाय:	प्रारंभ दिनांक डालें	जब तक समाप्ति तिथि या ईवेंट डालें
निम्नलिखित को शामिल करने के लिए, प्रकट की जाने वाली विशिष्ट जानकारी को इंगित करें और नीचे हस्ताक्षर करें।		
<input type="checkbox"/> शराब/नशीली दवाओं के उपचार कार्यक्रमों के रिकॉर्ड	प्रकट की जाने वाली जानकारी	आद्याक्षर
<input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों से नैदानिक रिकॉर्ड*		
<input type="checkbox"/> एचआईवी/एड्स से संबंधित जानकारी		
9. यदि मरीज नहीं है तो फॉर्म पर हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति का नाम:	10. मरीज की ओर से हस्ताक्षर करने का प्राधिकार:	

इस फॉर्म की सभी मदें पूरी कर दी गई हैं, इस फॉर्म के बारे में मेरे प्रश्नों का उत्तर दे दिया गया है तथा मुझे फॉर्म की एक प्रति उपलब्ध करा दी गई है।

रोगी या कानून द्वारा अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

तारीख

गवाह का बयान/हस्ताक्षर: मैंने इस प्राधिकरण के निष्पादन को देखा है और यह बताना चाहता हूँ कि हस्ताक्षरित प्राधिकरण की एक प्रति मरीज और/या मरीज के अधिकृत प्रतिनिधि को प्रदान की गई थी।

स्टाफ व्यक्ति का नाम और पदनाम

हस्ताक्षर

तारीख

इस फॉर्म का उपयोग DOH-2557 के स्थान पर किया जा सकता है और इसे स्वास्थ्य संबंधी जानकारी जारी करने की अनुमति देने के लिए NYS मानसिक स्वास्थ्य कार्यालय और NYS शराब और मादक द्रव्य दुरुपयोग सेवा कार्यालय द्वारा अनुमोदित किया गया है। हालाँकि, इस फॉर्म में स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को स्वास्थ्य संबंधी जानकारी जारी करने की आवश्यकता नहीं है। इस प्रपत्र के माध्यम से जारी की गई शराब/नशीली दवाओं से HIV संबंधित जानकारी या गोपनीय एचआईवी से संबंधित जानकारी के साथ पुनः प्रकटीकरण के निषेध के संबंध में आवश्यक कथन संलग्न होने चाहिए।

*टिप्पणी: मानसिक स्वास्थ्य नैदानिक अभिलेखों से जानकारी इस प्राधिकरण के अनुसार यहां पहचाने गए उन पक्षों को जारी की जा सकती है, जिन्हें जानकारी की स्पष्ट आवश्यकता है, बशर्ते कि प्रकटीकरण से रोगी या किसी अन्य व्यक्ति को कोई नुकसान होने की संभावना न हो।