Healthix

[Insert Organization Name/Logo]

নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ

স্বাস্থ্য তথ্য বিনিময়কারী একটি সংস্থার মাধ্যমে রোগীর তথ্য পাওয়ার জন্য অনুমোদন

রোগীর নাম	জন্মতারিখ	রোগীর শনাক্তকরণ নম্বর
রোগীর ঠিকানা		

এই ফরমে নির্দেশিতভাবে আমার পরিচর্যা ও চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ করার জন্য আমি অনুরোধ জানাচ্ছি। [Name of Provider Organization] (তাদের এজেন্টের নামসহ)-কে Healthix নামক স্বাস্থ্য তথ্য বিনিময়কারী সংস্থার মাধ্যমে আমার মেডিকেল রেকর্ডগুলো পাওয়ার অনুমতি দেয়া বা না দেয়ার সিদ্ধান্ত আমি নিতে পারি। যদি আমি সম্মতি দিই, তাহলে আমি যে বিভিন্ন জায়গা থেকে স্বাস্থ্যসেবা পেয়ে থাকি সেগুলো থেকে স্টেটজুড়ে অবস্থিত একটি কম্পিউটার নেটওয়ার্কের মাধ্যমে আমার মেডিকেল রেকর্ডগুলো পাওয়া যাবে। Healthix একটি অ-লাভজনক সংস্থা যা মানুষের স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যকে ইলেক্ট্রনিকভাবে বিনিময় করে এবং হেলথ ইন্সুরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট (HIPAA)-এর একান্ততা ও নিরাপত্তার মানদণ্ড এবং নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন মেনে চলে। আরো জানার জন্য Healthix-এর ওয়েবসাইট www.healthix.org দেখুন।

জরুরি পরিস্থিতিতে আমার তথ্য দেখা যাবে, কিন্তু তা করা যাবে না যদি আমি এই ফরমটি পূরণ করি এবং 3নং ঘরে টিকচিহ্ন দিই, যাতে বলা হয়েছে যে *এমনকি* মেডিকেল ইমার্জেন্সিতেও আমি সম্মতি দিতে অস্বীকার করছি।

আমি এই ফরমে যে পছন্দ বেছে নেব তা চিকিৎসা সেবা পাওয়ার ক্ষেত্রে আমার সক্ষমতাকে প্রভাবিত করবে না। আমি এই ফরমে যে পছন্দ বেছে নেব তা, স্বাস্থ্য বিমা প্রদানকারীরা আমাকে স্বাস্থ্য বিমার কাভারেজ দেবে কিনা অথবা আমার মেডিকেল বিল দেবে কিনা সেই বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেয়ার উদ্দেশ্যে তাদেরকে আমার তথ্য পাওয়ার অনুমতি দেয় না।

সম্মতির ক্ষেত্রে আমার পছন্দ। আমার পছন্দ অনুযায়ী বাম দিকের একটি ঘরে টিকচিহ্ন দেয়া হয়েছে।
আমি এই ফরমটি এখন বা ভবিষ্যতে পূরণ করতে পারি।
এছাড়াও আমি যে কোনো সময়ে আমার সিদ্ধান্ত বদল করে একটি নতুন ফরম পূরণ করে দিতে পারি।

☐ **1.** স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের জন্য (জরুরি স্বাস্থ্যসেবা সহ) Healthix-এর মাধ্যমে আমার সব ইলেক্ট্রনিক স্বাস্থ্য তথ্য পাওয়ার জন্য [Name of Provider Organization]-কে **আমি অনুমতি প্রদান করছি**।

☐ **2.** Healthix-এর মাধ্যমে আমার ইলেক্ট্রনিক স্বাস্থ্য তথ্য পাওয়ার জন্য [Name of Provider Organization]-কে **আমি অনুমতি দিতে অস্বীকার করছি, তবে জরুরি চিকিৎসার প্রয়োজন হলে তারা তথ্য পেতে পারবে**।

☐ **3.** যে কোনো উদ্দেশ্যে, ***এমনকি*** জরুরি চিকিৎসার ক্ষেত্রেও Healthix-এর মাধ্যমে আমার ইলেক্ট্রনিক স্বাস্থ্য তথ্য পাওয়ার জন্য [Name of Provider Organization]-কে **আমি অনুমতি দিতে অস্বীকার করছি**।

যদি Healthix-এ অংশগ্রহণকারী সবগুলো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী সংগঠন ও হেলথ প্ল্যানকে Healthix-এর মাধ্যমে আমার ইলেক্ট্রনিক স্বাস্থ্য তথ্য পাওয়ার জন্য অনুমতি দিতে আমি অস্বীকার করতে চাই, তাহলে Healthix-এর ওয়েবসাইট www.healthix.org-এ গিয়ে বা 877-695-4749 নম্বরে Healthix-কে ফোন করে আমি তা করতে পারি।

এই ফরম সম্পর্কে আমার প্রশ্নগুলোর উত্তর দেয়া হয়েছে এবং আমাকে এই ফরমের একটি কপি দেয়া হয়েছে।

রোগীর বা রোগীর আইনসম্মত প্রতিনিধির স্বাক্ষর	তারিখ
আইনসম্মত প্রতিনিধির নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)	রোগীর সাথে আইনসম্মত প্রতিনিধির সম্পর্ক (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)

Healthix

Healthix -এর মাধ্যমে পাওয়া তথ্যের বিস্তারিত বিবরণ এবং সম্মতি প্রক্রিয়া:

1. **আপনার তথ্য যেভাবে ব্যবহার করা হতে পারে। শুধুমাত্র** নিচে উল্লিখিত স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবাগুলোর জন্য আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত ইলেক্ট্রনিক তথ্য ব্যবহার করা হবে:
   - **চিকিৎসা পরিষেবা।** আপনাকে মেডিকেল চিকিৎসা ও সংশ্লিষ্ট পরিষেবাগুলো দেয়া।
   - **বিমার যোগ্যতা যাচাই।** আপনার স্বাস্থ্য বিমা আছে কিনা এবং এতে কী কী অন্তর্ভুক্ত আছে তা যাচাই করা।
   - **পরিচর্যা ব্যবস্থাপনা সম্পর্কিত কর্মকাণ্ডসমূহ।** এগুলোর মধ্যে রয়েছে যথাযথ চিকিৎসা সেবা পাওয়ার জন্য আপনাকে সহায়তা করা, আপনাকে দেয়া পরিষেবাগুলোর মান উন্নত করা, আপনাকে দেয়া একাধিক স্বাস্থ্যসেবা প্রক্রিয়ার সমন্বয় করা, অথবা চিকিৎসা সেবার একটি পরিকল্পনা অনুসরণের জন্য আপনাকে সহায়তা দেয়া।
   - **মান উন্নয়নের জন্য কর্মকাণ্ডসমূহ।** আপনাকে ও সকল রোগীকে দেয়া চিকিৎসা সেবার মান মূল্যায়ন ও উন্নত করা।

2. **আপনার সম্পর্কিত যে ধরনের তথ্য অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।** যদি আপনি সম্মতি দেন, তাহলে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী সংগঠন(সমূহ) Healthix-এর মাধ্যমে পাওয়া যায় আপনার এমন সবগুলো ইলেক্ট্রনিক স্বাস্থ্য তথ্য পেতে পারবে। এই ফরমে স্বাক্ষর করার তারিখের আগে ও পরে তৈরি করা তথ্যও এতে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। আপনার হেলথ রেকর্ডগুলোতে আপনার আগে হওয়া অসুস্থতা বা জখমগুলোর ইতিবৃত্ত (যেমন ডায়াবেটিস বা হাড় ভেঙে যাওয়া), পরীক্ষা-নিরীক্ষার ফলাফল (যেমন এক্স-রে বা রক্ত পরীক্ষা), এবং আপনি যে ওষুধগুলো গ্রহণ করেছেন সেগুলোর তালিকা থাকতে পারে। এতে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সংবেদনশীল তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, যার মধ্যে নিম্নলিখিতগুলো অন্তর্ভুক্ত রয়েছে কিন্তু এগুলোতেই সীমাবদ্ধ নয়:

   - অ্যালকোহল বা মাদকদ্রব্যের ব্যবহার সম্পর্কিত সমস্যা ও রোগনির্ণয়
   - জন্মনিয়ন্ত্রণ ও গর্ভপাত (পরিবার পরিকল্পনা)
   - জেনেটিক (বংশগত) রোগ বা পরীক্ষা
   - এইচআইভি/এইডস
   - মানসিক স্বাস্থ্যের অবস্থা
   - যৌনবাহিত রোগ
   - ওষুধ ও ডোজসমূহ
   - রোগনির্ণয়ের তথ্য
   - অ্যালার্জিসমূহ
   - মাদক ব্যবহারের ইতিহাস সম্পর্কিত সারাংশ
   - ক্লিনিক্যাল নোটসমূহ
   - হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার সারাংশ
   - চাকরির তথ্য
   - বসবাসের অবস্থা
   - সামাজিক সহায়তা
   - ক্লেইমস এনকাউন্টার ডাটা
   - ল্যাব টেস্ট

3. **আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য কোথা থেকে আসে।** যারা আপনাকে চিকিৎসা সেবা বা স্বাস্থ্য বিমা দিয়েছে তাদের কাছ থেকে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য আসে। এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে হাসপাতাল, ডাক্তার, ফার্মেসি, ক্লিনিক্যাল ল্যাবরেটরি, স্বাস্থ্য বিমা প্রদানকারী, মেডিকেইড কর্মসূচি, এবং অন্যান্য সংগঠনগুলো যারা ইলেক্ট্রনিকভাবে স্বাস্থ্য তথ্য বিনিময় করে। একটি পূর্ণাঙ্গ ও হালনাগাদ তালিকা Healthix থেকে পাওয়া যায়। আপনি যে কোনো সময়ে Healthix-এর ওয়েবসাইট www.healthix.org-এ গিয়ে অথবা 877-695-4749 নম্বরে ফোন করে একটি হালনাগাদ তালিকা পেতে পারেন।

4. **যদি আপনি সম্মতি দেন, তাহলে কারা আপনার সম্পর্কিত তথ্য পেতে পারবে।** আপনি যে সংগঠন(গুলো)কে অনুমতি দেবেন তাদের যে সব ডাক্তার ও অন্যান্য কর্মী সদস্যরা উপরের প্রথম অনুচ্ছেদে বর্ণিতভাবে এই ফরমে অনুমোদিত কাজকর্মগুলো করবেন শুধুমাত্র তারাই এই তথ্য পেতে পারবেন।

5. **জনস্বাস্থ্য ও অঙ্গ সংগ্রহকারী সংগঠনগুলোর তথ্য পাওয়ার অধিকার।** জনস্বাস্থ্য ও অঙ্গ প্রতিস্থাপনের ক্ষেত্রে কিছু নির্দিষ্ট উদ্দেশ্যে ফেডারেল, স্টেট বা স্থানীয় জনস্বাস্থ্য সংস্থাগুলো এবং অঙ্গ সংগ্রহকারী কিছু নির্দিষ্ট সংস্থা একজন রোগীর সম্মতি ছাড়াই তার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য পাওয়ার জন্য আইনসম্মতভাবে অনুমোদন রয়েছে। আপনি সম্মতি দেন, বা দিতে অস্বীকার করেন অথবা সম্মতিপত্র পূরণ না করেন, যে কোনো ক্ষেত্রে এই সংস্থাগুলো এই সব উদ্দেশ্যে Healthix এর মাধ্যমে আপনার তথ্য পেতে পারবে।

6. **আপনার তথ্য অযথার্থভাবে দেখা বা ব্যবহার করার জন্য শাস্তি।** আপনার ইলেক্ট্রনিক স্বাস্থ্য তথ্য অযথার্থভাবে দেখা বা ব্যবহার করার জন্য শাস্তির ব্যবস্থা রয়েছে। যদি কখনো আপনার সন্দেহ হয় যে, আপনার তথ্য দেখা বা পাওয়ার অধিকার নেই এমন কেউ আপনার তথ্য দেখেছে বা পেয়েছে, তাহলে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী সংগঠনকে এই নম্বরে ফোন করুন: ______________________; অথবা Healthix-এর ওয়েবসাইট দেখুন: www.healthix.org; অথবা নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ-এ 518-474-4987 নম্বরে ফোন করুন; অথবা ফেডারেল অফিস ফর সিভিল রাইটস্-এর অভিযোগ প্রক্রিয়া অনুসরণ করুন এই লিংকে: http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

7. **পুনরায় তথ্য প্রকাশ।** আপনার তথ্য পাওয়ার জন্য আপনি যে সব সংগঠন(গুলো)কে অনুমতি দিয়েছেন তারা আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য পুনরায় প্রকাশ করতে পারবে, কিন্তু স্টেট ও ফেডারেল আইন ও বিধান অনুসারে যতটুকু প্রকাশ করার অনুমতি রয়েছে শুধুমাত্র ততটুকু প্রকাশ করতে পারবে। অ্যালকোহল/মাদকদ্রব্যের চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য বা এইচআইভি-সম্পর্কিত গোপনীয় তথ্য শুধুমাত্র তখনই পাওয়া যাবে এবং পুনরায় প্রকাশ করা যাবে যদি তার সাথে পুনরায় প্রকাশ করার উপর নিষেধাজ্ঞা সম্পর্কিত প্রয়োজনীয় বিবৃতি যুক্ত করা হয়।

8. **কার্যকারিতার মেয়াদ।** আপনি আপনার সম্মতির পছন্দ না বদলানো পর্যন্ত, মৃত্যু না হওয়া পর্যন্ত অথবা Healthix তার কার্যক্রম বন্ধ না করা পর্যন্ত এই সম্মতিপত্র কার্যকর থাকবে। যদি Healthix আরেকটি যোগ্য সংস্থার সাথে একীভূত হয়ে যায় তাহলে আপনার সম্মতির পছন্দগুলো নবগঠিত একীভূত সংস্থায় কার্যকর থাকবে।

9. **আপনার সম্মতির পছন্দগুলো বদলানো।** আপনার নতুন পছন্দসহ একটি নতুন সম্মতিপত্র জমা দেয়ার মাধ্যমে আপনি যে কোনো সময়ে এবং স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী যে কোনো সংগঠন বা হেলথ প্ল্যানের জন্য আপনার সম্মতির পছন্দগুলো বদলাতে পারবেন। আপনার সম্মতি কার্যকর থাকাকালীন সময়ে যে সব সংগঠনগুলো Healthix-এর মাধ্যমে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যে প্রবেশ করবে তারা আপনার তথ্য কপি করতে পারবে বা তাদের নিজেদের মেডিকেল রেকর্ডগুলোতে অন্তর্ভুক্ত করতে পারবে। এমনকি আপনি পরবর্তীতে আপনার সম্মতির সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করলেও তারা আপনার তথ্য ফেরত দিতে বা সেগুলো তাদের রেকর্ড থেকে মুছে ফেলতে বাধ্য নয়।

10. **সম্মতিপত্রের কপি।** এই সম্মতিপত্রের একটি কপি পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।