**معلوماتِ صحت کا تبادلہ کرنے والی ایک تنظیم کے ذریعے**
**مریض کی معلومات تک رسائی کی اجازت**

**نیو یارک سٹیٹ ڈیپارٹمنٹ آف ہیلتھ**

| مریض کا نام | تاریخ پیدائش | مریض کا شناختی نمبر |
|---|---|---|
| | | |
| مریض کا پتہ | | |
| | | |

میں گزارش کرتا/کرتی ہوں کہ میری نگہداشت اور علاج سے متعلق میری معلوماتِ صحت تک اس فارم میں طے کردہ طریقے کے مطابق رسائی حاصل کی جائے۔ میں یہ انتخاب کر سکتا/سکتی ہوں کہ میں [Name of Provider Organization] (بشمول ان کے نمائندے) کو Healthix کے نام سے موسوم معلوماتِ صحت کے تبادلہ کی تنظیم کے ذریعے اپنے طبی ریکارڈ تک رسائی حاصل کرنے کی اجازت دوں یا نہ دوں۔ اگر میں اجازت دیتا/دیتی ہوں، تو جہاں سے میں نگہداشت صحت حاصل کرتا/کرتی ہوں ان مختلف مقامات پر موجود میرے طبی ریکارڈ تک ریاست بھر کے کمپیوٹر نیٹ ورک کے ذریعے رسائی حاصل کی جا سکتی ہے۔ Healthix ایک غیر منافع بخش تنظیم ہے جو لوگوں کی صحت کی معلومات کو الیکٹرانک طریقے سے دیگر اداروں کو فراہم کرتی ہے اور وہ ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی ایکٹ (HIPAA) و ریاست نیو یارک کے قانون برائے رازداری و تحفظ کے تقاضوں پر پورا اترتی ہے۔ مزید جاننے کے لیے Healthix کی ویب سائیٹ www.healthix.org ملاحظہ کریں۔

**اس انتخاب کی بنیاد پر جو میں اس فارم میں کرتا/کرتی ہوں طبی نگہداشت حاصل کرنے کی میری اہلیت متاثر نہیں ہو گی۔ اس فارم میں منتخب کردہ میرے اختیار کی بنیاد پر بیمہ صحت کے فراہم کنندگان کو یہ فیصلہ کرنے کے لیے میری معلومات تک رسائی حاصل کرنے کی اجازت نہیں مل جاتی کہ آیا مجھے بیمہ صحت کا تحفظ فراہم کیا جائے یا میرے طبی اخراجات کی ادائیگی کی جائے۔**

**میری رضامندی کا اختیار۔** میرے انتخاب کی بائیں جانب **ایک** خانہ میں ٹک کا نشان لگایا گیا ہے۔
میں یہ فارم ابھی یا مستقبل میں بھر سکتا/سکتی ہوں۔
میں اپنا فیصلہ کسی بھی وقت ایک نیا فارم مکمل کر کے تبدیل کر سکتا/سکتی ہوں۔

☐ **1. میں رضامند ہوں** کہ [Name of Provider Organization] مجھے نگہداشتِ صحت کی خدمات فراہم کرنے کے لیے میری **تمام** الیکٹرانک معلومات صحت تک بذریعہ Healthix رسائی حاصل کرے۔

☐ **2. میں رضامند نہیں ہوں** کہ [Name of Provider Organization] کسی بھی مقصد کے لیے میری تمام الیکٹرانک معلومات صحت تک بذریعہ Healthix رسائی حاصل کرے ۔

اگر میں تمام فراہم کنندگان تنظیموں اور Healthix کے شریک ہیلتھ پلانز کو Healthix کے ذریعے اپنی صحت سے متعلق الیکٹرانک معلومات تک رسائی دینے سے انکار کرنا چاہوں، تو ایسا میں Healthix کی ویب سائیٹ www.healthix.org پر جا کر یا Healthix کو 877-695-4749 پر کال کر کے بھی کر سکتا/سکتی ہوں۔

اس فارم سے متعلق میرے سوالات کے جوابات فراہم کر دیے گئے ہیں اور مجھے اس فارم کی ایک عدد نقل بھی دی گئی ہے۔

| مریض یا مریض کے قانونی نمائندہ کا دستخط | تاریخ |
|---|---|
| | |
| قانونی نمائندہ کا نام لکھیں (اگر لاگو ہو) | مریض کے ساتھ قانونی نمائندہ کا رشتہ (اگر لاگو ہو) |
| | |

Healthix

**Healthix کے ذریعے حاصل کردہ معلومات کی تفصیلات اور رضامندی کا عمل:**

1. **آپ کی معلومات کیسے استعمال کی جا سکتی ہیں۔** آپ کی الیکٹرانک معلوماتِ صحت کو **صرف** درج ذیل نگہداشتِ صحت کی خدمات کے لیے استعمال کیا جائے گا:
   - **علاج کی خدمات۔** آپ کو طبی علاج اور اس سے متعلقہ خدمات کی فراہمی کے لیے۔
   - **انشورنس کی اہلیت کی تصدیق۔** یہ دیکھنے کے لیے کہ آیا آپ کے پاس بیمہ صحت موجود ہے اور اس میں کیا کیا شامل ہے۔
   - **نگہدشت کا بندوبست کرنے کی سرگرمیاں۔** اس میں شامل ہیں موزوں طبی نگہداشت فراہم کرنے میں آپ کو معاونت فراہم کرنا، آپ کو فراہم کی جانے والی خدمات کے معیار میں بہتری لانا، آپ کو فراہم کی جانے والی متعدد طبی خدمات میں ربط پیدا کرنا یا کسی طبی نگہداشت کے منصوبے پر عمل درآمد کرنے میں آپ کو معاونت فراہم کرنا۔
   - **معیار میں بہتری لانے کی سرگرمیاں۔** آپ کو اور دیگر تمام مریضوں کو فراہم کی جانے والی طبی نگہداشت کے معیار کا جائزہ لینا اور اس میں بہتری لانا۔

**2. آپ کے متعلق کس قسم کی معلومات شامل ہوتی ہیں۔** اگر آپ رضامندی دے دیتے ہیں، تو فہرست میں شامل فراہم کنندہ تنظیم (تنظیمیں) Healthix کے پاس دستیاب آپ کی **تمام** الیکٹرانک معلوماتِ صحت تک رسائی حاصل کر سکتی ہیں۔ اس میں وہ تمام معلومات شامل ہوں گی جو اس فارم پر دستخط کرنے سے پہلے یا بعد میں دستیاب ہوں گی۔ آپ کی صحت کے ریکارڈ میں آپ کی گذشتہ بیماریوں یا چوٹوں کی تواریخ (مثلا ذیابیطس یا ہڈی ٹوٹنا)، جانچوں کے نتائج (مثلا ایکسرے یا خون کی جانچیں) اور ان ادویات کی فہرست جو آپ نے لی ہوں۔ ان میں صحت سے متعلق حساس نوعیت کی معلومات بھی شامل ہو سکتی ہے، بشمول مگر ان تک ہی محدود نہیں:

- شراب نوشی یا منشیات کے استعمال کے مسائل اور تشخیص
- منصوبہ بندی اور اسقاط حمل (خاندانی منصوبہ بندی)
- موروثی (وراثت میں ملنے والی) بیماریاں یا جانچیں
- ایچ آئی وی/ایڈز (AIDS)
- دماغی صحت کے مسائل
- جنسی طور پر منتقل ہونے والی بیماریاں
- ادویات اور ان کی خوراکیں
- تشخیصی معلومات
- الرجی
- منشیات کے استعمال کی تواریخ کا خلاصہ
- کلینکل نوٹس
- ڈسچارج کا خلاصہ
- روزگار کی معلومات
- رہائشی و تعلقاتی صورت حال
- سماجی تعاون
- کلیمس انکاؤنٹر ڈیٹا
- لیب ٹیسٹ

**3. آپ کے متعلق صحت کی معلومات کہاں سے آتی ہے۔** یہ معلومات ان جگہوں سے حاصل کی جاتی ہے، جہاں سے آپ کو طبی نگہداشت یا صحت کا بیمہ فراہم کیا گیا ہو۔ ان میں ہسپتال، طبی لیبارٹریاں، صحت کے بیمہ کار، میڈی کیڈ پروگرام اور دیگر ایسی تنظیمیں جو الیکٹرانک طریقے سے معلومات کا تبادلہ کرتی ہیں شامل ہوسکتی ہیں۔ Healthix کے پاس اس کی ایک حالیہ اور مکمل فہرست موجود ہے۔ کسی بھی وقت اس کی تازہ ترین فہرست حاصل کرنے کے لیے آپ Healthix کی ویب سائیٹ www.healthix.org دیکھ سکتے ہیں یا 877-695-4749 پر کال کر سکتے ہیں۔

**4. اگر آپ رضامند ہو جاتے ہیں، تو آپ سے متعلق معلومات تک کس کو رسائی حاصل ہو گی۔** جس تنظیم (تنظیموں) کو آپ اجازت دیں گے، صرف اس کے ڈاکٹر اور عملے کے دیگر اراکین کو مندرجہ بالا پیراگراف نمبر ایک میں طے کردہ طریقے کے مطابق رسائی حاصل ہو گی۔

**5. عوامی صحت اور انسانی اعضاء کے حصول کی تنظیم کی رسائی۔** قانون کی رو سے وفاقی، ریاستی یا مقامی عوامی صحت کی ایجنسیوں اور انسانی اعضاء کے حصول سے متعلق مخصوص تنظیموں کو اجازت حاصل ہے کہ وہ مخصوص عوامی صحت اور اعضاء کی پیوند کاری کے مقصد کے تحت مریض کی رضامندی کے بغیر اس کی معلومات صحت تک رسائی حاصل کر سکیں۔ یہ ادارے مذکورہ مقاصد کے تحت Healthix کے پاس موجود آپ کی معلومات تک رسائی حاصل کر سکتے ہیں، بے شک آپ نے رضامندی ظاہر کی ہو، رضامندی ظاہر نہ کی ہو یا آپ نے فارم ہی مکمل نہ کیا ہو۔

**6. آپ کی معلومات تک غیر مناسب رسائی یا استعمال پر ہرجانے۔** آپ کی الیکٹرانک ممعلوماتِ صحت تک غیر مناسب طریقے سے رسائی حاصل کرنے یا ان کے غیر مناسب استعمال پر ہرجانے موجود ہیں۔ اگر کسی بھی وقت آپ کو شک ہو کہ کسی ایسے شخص نے آپ کی معلومات کو دیکھا ہے یا ان تک رسائی حاصل کی ہے جو اس کے لیے مجاز نہیں تھا، تو Provider Organization کو: ________________________ پر کال کریں؛ یا Healthix کی ویب سائیٹ www.healthix.org پر جائیں؛ یا نیو یارک سٹیٹ ڈیپارٹمنٹ آف ہیلتھ کو 518-474-4987 پر کال کریں؛ یا فیڈرل آفس فار سول رائیٹس میں شکایت درج کرانے کا طریقہ اختیار کرنے کے لیے اس لنک پر جائیں: *http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/*

**7. معلومات کو دوبارہ افشا کرنا۔** کوئی بھی ایسی تنظیم (تنظیمیں) جس کو آپ نے اپنی معلومات صحت تک رسائی حاصل کرنے کی اجازت دی ہو، وہ آپ کی معلومات صحت کو دوبارہ افشا کر سکتی ہے، مگر صرف اس حد تک جہاں تک اسے وفاقی اور ریاستی قوانین و ضوابط کے تحت اجازت حاصل ہو۔ شراب نوشی/منشیات کے علاج سے متعلق یا بصیغہ رازایچ آئی وی سے متعلق معلومات تک صرف اسی وقت رسائی حاصل ہو سکے گی یا اسے دوبارہ صرف ایسی صورت میں ہی افشا کیا جا سکے گا جب اس کے ساتھ مزید افشا کرنے سے ممانعت کے لیے ضروری بیانات منسلک ہوں گے۔

**8. مؤثر عرصہ۔** یہ رضامندی فارم اس وقت تک مؤثر رہے گا جب تک آپ اپنی رضامندی میں کوئی تبدیلی نہیں لے آتے، آپ کا انتقال نہیں ہوتا یا Healthix کام کرنا بند نہیں کر دیتی۔ اگر Healthix دیگر کسی اہل ادارے کے ساتھ الحاق کر لیتی ہے، تو ایسی صورت میں آپ کے اختیارات الحاق کے نتیجے میں معرض وجود میں آنے والے نئے ادارے کے پاس مؤثر رہیں گے۔

**9. اپنی رضامندی کے اختیار میں تبدیلی لانا۔** آپ کسی بھی وقت، کسی بھی فراہم کنندہ تنظیم یا ہیلتھ پلان کے لیے، نئی رضامندی کے ساتھ ایک نیا فارم بھر کر اپنی رضامندی کے اختیار کو تبدیل کر سکتے ہیں۔ آپ کی رضامندی مؤثر ہونے کے دوران، وہ تنظیمیں جو Healthix کے ذریعے آپ کی معلومات صحت تک رسائی حاصل کرتی ہیں، وہ ان معلومات کو اپنے طبی ریکارڈ میں نقل یا شامل کر سکتی ہیں۔ اگر آپ بعد میں اپنی رضامندی تبدیل کر دیتے ہیں، تو ان پر لازم نہیں ہوگا کہ وہ آپ کی معلومات واپس کریں یا انہیں اپنے ریکارڈ سے ہٹا دیں۔

**10. فارم کی نقل۔** آپ اس رضامندی فارم کی نقل حاصل کرنے کے مستحق ہیں۔