HEALTHeLINK Authorization for Access to Patient Information Through HEALTHeLINK

রোগীর প্রথম নাম

রোগীর শেষ নাম

জন্ম তারিখ

M M / D D / Y Y Y Y

রোগীর ঠিকানা

স্ট্রিট

এপার্টমেন্ট

সিটি

স্টেইট

পোস্টাল কোড

লিঙ্গ

☐ পুরুষ

☐ মহিলা

আমার স্বাস্থ্য তথ্য আমার সেবা এবং চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য এক্সেসের জন্যএই ফর্মে অনুরোধ করছি। আমি নির্বাচন করতে পারি HEALTHeLINK-এ অংশগ্রহণকারী প্রোবাইডার এবং পেয়ারস ("অংশগ্রহনকারীরা") নিযুক্ত, যারা আমার সেবায় নিয়োজিত HEALTHeLINK নামে স্বাস্থ্য তথ্য বিনিময় প্রতিষ্ঠানের মাধ্যমে আমার মেডিক্যাল রেকর্ডএর এক্সেস পেতে পারে বা নাও পেতে পারে। যদি আমি সম্মতি দিয়ে থাকি,তবে বিভিন্ন জায়গায় যেখনে স্বাস্থ্য সেবা পেতে পারি সেখান থেকে আমার মেডিক্যাল রেকর্ডগুলো একটি রাষ্ট্রীয় কম্পিউটার ব্যবহার করে এক্সেস পেতে পারে। HEALTHeLINK হচ্ছে একটি অ-লাভজনক সংস্থা জনগনের স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য ইলেক্ট্রনিক্যালি শেয়ার করে এবং এইচআইপিআআ এবং নিউ ইয়র্ক স্টেইট আইনের গোপনীয়তা এবং নিরাপত্তাড় মান পূরন করে। আরও জানতে হলে HEALTHeLINK এর ওয়েবসাইটে ভিজিট করুন www.wnyhealthelink.com.

আমি যাই বাছাই করি না কেন এই ফর্মে তা আমার মেডিক্যাল কেয়ার পেতে কোন প্রভাব ফেলবে না। এই ফর্মে আমি যাই বাছাই করি না স্বাস্থ্য বীমাকারীদের আমার তথ্যের ভিত্তিতে আমাকে স্বাস্থ্য বীমা বা মেডিক্যাল বিল প্রদান করবে কি না করবে তার উদ্দেশ্যে সিদ্বান্ত নেওয়ার অনুমতি দেওয়া হবে না

যে কোন একটি নির্বাচন করুন

আমার কনসেন্ট পছন্দ। বামেড় পছন্দ থেকে শুধুমাত্র একটি বক্স চেক করুন। আমি এখন বা ভবিষ্যতে ফর্ম পূরণ করতে পারি। আমি পরিবর্তন করতে পারি যেকোন সময় নতুন ফর্ম পূরণ করার মাধ্যমে।

☐ **1. হ্যাঁ**

আমি সম্মতি দিলাম আমার সকল বর্তমান এবং ভবিষ্যৎ অংশগ্রহণকারীদের, যারা আমার সেবায় অনর্ভুক্ত থাকবে, HEALTHeLINK এর মাধ্যমে আমার সব ইলেক্ট্রনিক স্বাস্থ্য তথ্যের এক্সেস পাবে।

☐ **2. হ্যাঁ, নির্দিষ্ট অংশগ্রহণকারী(রা) ব্যতীত**

আমি সম্মতি দিলাম আমার সকল বর্তমান এবং ভবিষ্যৎ অংশগ্রহণকারীদের, যারা আমার সেবায় অনর্ভুক্ত থাকবে, HEALTHeLINK এর মাধ্যমে আমার সব ইলেক্ট্রনিক স্বাস্থ্য তথ্যের এক্সেস পাবে, নিম্নলিখিত অংশগ্রহণকারী **ব্যতীত।**

অংশগ্রহণকারীর নাম (প্রোবাইডারের অফিস): | অংশগ্রহণকারীর ঠিকানা বা ফোন নাম্বার :

☐ **3. হ্যাঁ, শুধুমাত্র নির্দিষ্ট অংশগ্রহণকারী(রা)**

আমি সম্মতি দিলাম শুধুমাত্র নিম্নের তালিকাভুক্ত নির্দিষ্ট অংশগ্রহণকারী(রা)কে HEALTHeLINK এর মাধ্যমে আমার সুম্পূর্ণ ইলেক্ট্রনিক স্বাস্থ্য তথ্যের এক্সেস পেতে পারে।

অংশগ্রহণকারীর নাম (প্রোবাইডারের অফিস): | অংশগ্রহণকারীর ঠিকানা বা ফোন নাম্বার :

☐ **4. না,ইমার্জেন্সী ব্যতীত**

আমি কনসেন্ট অস্বীকার করি মেডিক্যাল ইমার্জেন্সি ব্যতীত HEALTHeLINK এর মাধ্যমে বর্তমান এবং ভবিষ্যৎ অংশগ্রহণকারীরা আমার ইলেক্ট্রনিক স্বাস্থ্য তথ্যের এক্সেস পেতে। .

☐ **5. না, এমনকি ইমার্জেন্সিতেও না**

আমি কনসেন্ট অস্বীকার করি বর্তমান এবং ভবিষ্যৎ অংশগ্রহণকারীরা যেকোন উদ্দেশ্যে, এমনকি মেডিক্যাল ইমার্জেন্সীতে আমার ইলেক্ট্রনিক স্বাস্থ্য তথ্যের এক্সেস HEALTHeLINKএর মাধ্যমে পেতে।

আমি বুঝতে পারি যে আমার তথ্য জরুরী অবস্থায় এক্সেস পাওয়া যেতে পারে,যদি না আমি এই ফর্মটি পূরণ করি এবং বক্স #৫ চেক করি, যা বলে যে আমি মেডিক্যালে জরুরী অবস্থাতে আমি কনসেন্ট অস্বীকার করি।
আমি বুঝি যে আমার অনুরোধে, HEALTHeLINK এই ফর্মের শর্তাবলী অনুসারে আমার ইলেক্ট্রনিক স্বাস্থ্য তথ্যের একটি তালিকা প্রদান করবে।
এই ফর্ম সম্পর্কিত প্রশ্নের উত্তর প্রদান করা হয়েছে এবং আমাকে এই ফর্মের কপি দেওয়া হয়েছে যদি আমি অনুরোধ করি।

রোগীর বা রোগীর আইনগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

X_____

সাক্ষরের তারিখ

M M / D D / Y Y Y Y

রোগীর আইনগত প্রতিনিধির নাম প্রিন্ট করুন (যদি প্রযোজ্য হয়)

আইনগত প্রতিনিধির সাথে রোগীর সম্পর্ক (যদি প্রযোজ্য হয়)

☐ পিতামাতা ☐ স্বাস্থ্যসেবা এজেন্ট/প্রক্সি

☐ অভিভাবক ☐ অন্যান্য_____

এই বক্স শুধুমাত্র প্রোবাইডার দ্বারা পূরণ করা হবে

সত্তা সম্মতি দ্বারা প্রাপ্ত

সাক্ষী*

* প্রয়োজন যদি অংশগ্রহণকারীর অফিস থেকে পূরণ করা না হয়

সাক্ষীর নাম প্রিন্ট করুন

সাক্ষীর সাক্ষর

সাক্ষীর সম্পর্ক রোগীর সাথে (উদাহরন.,স্পাউজ,ছেলে,প্রতিবেশী,ইত্যাদি)

HEALTHeLINK এবং কনসেন্ট প্রক্রিয়া রোগীর তথ্য সম্পর্কে বিবরণঃ

1. **কিভাবে আপনার তথ্য ব্যবহার করা যেতে পারে.** □□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□ □□□□, □□□□ □□□ □□□□□□ □□□□ □□□□□, □□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□(□□) আপনার ইলেক্ট্রনিক স্বাস্থ্যের তথ্যগুলি **শুধুমাত্র** নিম্নলিখিত স্বাস্থ্যসেবাড় সার্ভিসে ব্যবহার করতে পারেঃ
   - **চিকিৎসা সেবাগুলো.** মেডিক্যাল চিকিৎসা এবং এর সাথে জড়িত সেবা প্রদান করে।
   - **বীমা যোগ্যতা যাচাইকরণ.** আপনার স্বাস্থ্য বীমা আছে কিনা এবং তা কি কাভার করে তা পরীক্ষা করে।
   - **সেবা ব্যবস্থাপনা ক্রিয়াকলাপ.** এটি অন্তর্ভুক্ত করে যথাযথ চিকিৎসা পেতে সাহায্য করা, আপনাকে প্রদত্ত পরিষেবার গুনগত মান উন্নত করা,আপনাকে প্রদত্ত একাধিক স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবায় রীতি সমন্বয় সাধন করা, বা আপনার চিকিৎসা পরিকল্পনা অনুসরণ করতে সাহায্য করে।
   - **গুণগত মান উন্নয়ন কার্যক্রম.** আপনাকে এবং সব রোগীদের মেডিক্যাল সেবা প্রদানে মান উন্নয়ন এবং মূল্যায়ন করে।

2. **আপনার সম্পর্কিত কি ধরনের তথ্য অন্তর্ভুক্ত.** আপনি যদি সম্মতি দিয়ে থাকেন, আপনার অনুমোদিত অংশগ্রহণকারী HEALTHeLINK-এর মাধ্যমে আপনার সকল ইলেক্ট্রনিক স্বাস্থ্য তথ্যের এক্সেস পেতে পারে। এটি কনসেন্ট ফর্মের তারিখের আগে এবং পরে তৈরি তথ্যগুলো অন্তর্ভুক্ত। আপনার স্বাস্থ্যের রেকর্ডগুলোতে থাকতে পারে আপনার অসুস্থতা বা আঘাত পাওয়ার ইতিহাস (যেমন ডায়বেটিস বা ভাঙা হাড়),পরীক্ষার ফলাফল (যেমন এক্স-রে বা রক্ত পরীক্ষা),এবং আপনার নেওয়া ঔষুধের তালিকা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। এই তথ্য সংবেদনশীল স্বাস্থ্য সম্পর্কিত হতে পারে, তবে এতে সীমাবদ্ব নয়ঃ
   - এলকোহল বা ড্রাগ ব্যবহার সমস্যা
   - আইচআইভি /এইডস
   - জন্ম নিয়ন্ত্রন এবং গর্ভপাত (ফ্যামিলি প্লানিং)
   - জেনেটিক (উত্তরাধিকারসূত্রে প্রাপ্ত) রোগ বা পরীক্ষা
   - মানসিক স্বাস্থ্য পরিস্থিতি
   - যৌন রোগ

   আপনি যদি এলকোহল বা মাদক অপব্যবহার কেয়ার পেয়ে থাকেন, তাহলে আপনার রেকর্ডে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে এলকোহল বা ড্রাগ অপব্যবহার রোগ নির্ণয় সম্পর্কিত তথ্য, ল্যাব টেস্ট, এলার্জিস, পদার্থ ব্যবহারের ইতিহাস,ট্রমার ইতিহাস,হাসপাতাক ডিসচার্জ, চাকরি,জীবন্ত পরিস্থিতি এবং সামাজিক সহায়তা, এবং স্বাস্থ্য বীমা দাবির ইতিহাস।

3. **আপনার সম্পর্কিত স্বাস্থ্য তথ্য যেখান থেকে আসে.** যেখানে আপনাকে মেডিক্যাল কেয়ার বা হেলথ ইন্স্যুরেন্স প্রদান করা হয় সেসব জায়গা থেকে আপনার সম্পর্কিত তথ্য আসে ("তথ্য সুত্র")। এটি অনর্ভুক্ত করে হাসপাতাল, চিকিতসক,ফার্মেসী,ক্লিনিক্যাল ল্যাব্রটরি, স্বাস্থ্য বীমা, মেডিকেইড প্রোগ্রাম, এবং অন্যান্য ইহেলথ অর্গানাইজেশন যারা স্বাস্থ্য তথ্য বৈদ্যুতিকভাবে আদান-প্রদান করে। বর্তমান তথ্য সুত্রের সম্পূর্ণ তালিকা পাওয়া যেতে পারে HEALTHeLINK -এ www.wnyhealthelink.com অথবা কল করতে পারেন ৭১৬-২০৬-০৯৯৩ এক্সট.৩১১।
4. **কারা আপনার সম্পর্কিত তথ্য পেতে পারে, যদি আপনি অনুমতি দিয়ে থাকেন .** শুধুমাত্র ডাক্তার এবং অংশীদারদের অন্যান্য কর্মী সদস্যের অনুচ্ছেদে উপরে উল্লেখিত এই ফর্মের দ্বারা অনুমোদিত কার্যকলাপগুলো বহন করার জন্য যাদের আপনি সম্মতে দিয়েছেন। যদি স্টেইট এবং/বা ফেডারেল আইন দ্বারা অনুমোদিত পাবলিক হেলথ এজেন্সি আপনার অনুমতি ছাড়া আপনার তথ্যের এক্সেস পেতে পারে। একটি ৪২ সিএফআর পার্ট ২ মনোনীত সুবিধা (এলকোহল বা মাদকদ্রব্য অপব্যবহারকারী কেয়ার এর কিছু প্রবাইডার) শুধুমাত্র চিকিৎসা প্রদানকারী সম্পর্ক আছে তারা আপনার তথ্যের এক্সেস পেতে পারে। অংশগ্রহণকারীর সম্পূর্ন তালিকা পাওয়া যেতে পারে HEALTHeLINK-এ www.wnyhealthelink.com/PhysiciansandStaff/CurrentParticipants/ParticipatingHEALTHeLINKProviders বা কল করতে পারেন ৭১৬-২০৬-০৯৯৩ এক্সট. ৩১১ যদি আপনি হার্ড কপির জন্য অনুরোধ করেন তাহলে ৫ কার্য দিবসের মধ্যে কোন চার্জ ছাড়াই প্রদান করা হবে।
5. **আপনার তথ্য অনুপযুক্ত এক্সেস বা ব্যবহারে জন্য দন্ড.** আপনার স্বাস্থ্য তথ্যের অনুপযুক্ত এক্সেস বা ব্যবহারের জন্য দন্ড আছে। যদি কোন সময় আপনি কাউকে সন্দেহ করেন যার আপনার সম্পর্কিত তথ্য বা আপনার তথ্যের এক্সেস পেয়ে থাকে তাহলে আমাদের রেকর্ডের এক্সেস পাওয়ার জন্য অনুমোদিত অনশগ্রহকারীদের মধ্যে একজনকে কল ক্রুন; বা HEALTHeLINK's ওয়েবসাইটে ভিজিট ক্রুন www.wnyhealthelink.com; বা HEALTHeLINK-এ কল ক্রুন ৭১৬- ২০৬-০৯৯৩ এক্সট. ৩১১; বা এনওয়াইএস হেলথ ডিপার্টমেন্ট এ কল ক্রুন ৫১৮-৪৭৪-৪৯৮৭; বা নিম্নবর্নিত লিংকে নাগরিক অধিকার জন্য ফেডারেল অফিসে অভিযোগ প্রক্রিয়া অনুসরন ক্রুন : http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
6. **তথ্য পুনরায় প্রকাশ.** যে কোন অংশগ্রহনকারী(রা)কে আপনি সম্মতি দিয়েছেন আপনার স্বাস্থ্য তথ্য সম্পর্কে, আপনি আপনার স্বাস্থ্য তথ্য পুনরায় প্রকাশ করতে পারেন, কিন্তু শুধুমাত্র স্টেইট এবং ফেডারেলের আইন এবং প্রবিধানের সীমা অনুযায়ী। এলকোহল/ ড্রাগ চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য বা গোপনীয় এইচআইভি সংক্রান্ত তথ্য শুধুমাত্র তথ্য এক্সেস পাওয়া যেতে পারে এবং শুধুমাত্র পুনরায় প্রকাশ করা যেতে পারে যদি পুনরায় প্রকাশের নিষেধ সম্পর্কিত প্রয়োজনীয় বিবৃতি দ্বারা আগত।
7. **কার্যকর সময়কাল.** এই কনসেন্ট ফর্মটি কার্যকর থাকবে যতক্ষন পর্যন্ত না আপনি আপনার কনসেন্ট নির্বাচন পরিবর্তন করবেন বা যতক্ষন সময় পর্যন্ত HEALTHeLINK স্থগিত করে ***(বা আপনার মৃত্যুর ৫০ বছর পর যাই প্রথমে ঘটুক না কেন)***। যদি HEALTHeLINK অন্যকোন যোগ্যতাসম্পন্ন দলিলের সাথে সংযুক্ত হয় তবে আমাদের কনসেন্ট পছন্দগুলি নতুন মিলিত সত্তা সহ কার্যকর হবে।
8. **আপনার সম্মতি নির্বাচনে পরিবর্তন.** আপনার নতুন নির্বাচন (গুলি)সহ একটি কন্সেন্ট ফর্ম জমা দেওয়ার মাধ্যমে আপনার কনসেন্ট নির্বাচন যে কোন সময় এবং কোন প্রবাইডারে সংস্থা বা পরিকল্পনা পরিবর্তন করতে পারেন। অংশগ্রাহক(গন) যারা হেলথইলিঙ্ক এর মাধ্যমে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য পেতে পারে আপনার কনসেন্ট কার্যকর থাকা অবস্থায় আপনার নিজস্ব মেডিকেল রেকর্ডগুলিতে আপনার তথ্য কপি বা অন্তর্ভুক্ত করতে পারে। এমনকি আপনি যদি কনসেন্টের সিদ্বান্ত পরিবর্তন করতে চান তবে তারা আপনার তথ্য তাদের রেকর্ড থেকে ফেরত বা অপসারণ করা তাদের জন্য আবশ্যক নয়।