



হেলথইলিন্ক-এ রোগীর স্বাস্থ্য বিষয়ে তথ্য বিনিময় অংশগ্রহণে রোগীর সম্মতি অনুমোদন

লেভেল ১ মাল্টি-প্রভাইডার/মাল্টি-পেমার অনুমোদন

সিদ্ধান্ত নেয়ার আগে নিম্নে তথ্যগুলো অনুগ্রহ করে জেনে নিন

HEALTHeLINK প্রোভাইডার এবং পেমারস (“অংশগ্রহণকারীরা”) হচ্ছে তারা যারা দেখতে পারে আপনার কেয়ারে জড়িত এবং চিকিৎসা ও আপনার কেয়ার ম্যানেজমেন্ট-এর উদ্দেশ্যে, ইলেকট্রনিক হেলথ রেকর্ড অর্জন করতে পারে, এখন আপনি এই অনুমোদন ফর্মের মাধ্যমে তাদেরকে অনুমতি দিবেন কি না দিবেন এই সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন। আপনি এই ফর্ম এখন অথবা পরে যে কোন তারিখে পূরণ করতে পারবেন। আপনি সব অথবা কিছু অংশগ্রহণকারীদের অনুমোদন দিতে অথবা নাও দিতে পারেন। অংশগ্রহণকারীদের সম্পূর্ণ তালিকা পাওয়া যেতে পারে

www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/Participants. যদি আপনার কোন প্রশ্ন এই ফর্ম পূরণ করতে তাহলে যেতে পারেন

www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/PatientConsent. আপনার যদি ইন্টারনেট না থাকে এবং আপনি যদি অংশগ্রহণ করতে চান অথবা এই ফর্ম পূরণ করতে সাহায্যের প্রয়োজন,

দয়া করে কল ফোন (৭১৬)২০৬-০৯৯৩ এক্সট. ৩১১. **আপনার নির্বাচনের কারণে হেলথ ইন্সুরেন্স কাভারেজ এবং মেডিক্যাল কেয়ারে কোন প্রভাব পড়বে না। আপনার পছন্দ দেয়া অথবা না দেয়ার কারণে আপনার স্বাস্থ্যসেবার অস্বীকৃতির ভিত্তি নাও হতে পারে।**

এই ফর্মে, আপনি নির্বাচন করতে পারবেন যে অংশগ্রহণকারীরা আপনার মেডিক্যাল রেকর্ড প্রাপ্ত করতে পারবে কিনা কম্পিউটার নেটওয়ার্ক এর মাধ্যমে যা HEALTHeLINK দ্বারা পরিচালিত হয়, যা রাষ্ট্রব্যাপী হেলথ কেয়ার কম্পিউটার নেটওয়ার্ক এর একটি অংশ। আপনি বিভিন্ন জায়গায় যে স্বাস্থ্যসেবা পেয়েছেন তার মেডিক্যাল রেকর্ড পেতে সাহায্য করে এবং আপনাকে সেবা প্রদানে এটি সুবিধাজনক হয় অংশগ্রহণকারীদের জন্য।

আমি অনুমতি দিচ্ছি সব অংশগ্রহণকারীদের যারা আমার সেবায় নিয়োজিত তাদেরকে আমার ইলেকট্রনিক হেলথ তথ্য HEALTHeLINK এর মাধ্যমে প্রদান করার। এই বক্সে চেক মার্ক দেয়ার পর আপনি রাজি হলেন যে, “হ্যাঁ, আমার কেয়ার সম্পর্কে জড়িত তথ্য আরোও ইমার্জেন্সি কেয়ার, মান উন্নয়ন, কেয়ার ম্যানেজমেন্ট, এবং প্রি-অথরাইজেশন কার্যকলাপ HEALTHeLINK এর মাধ্যমে আমার মেডিক্যাল রেকর্ড অংশগ্রহণকারীরা দেখতে পারবেন।

যে

কো

হ্যাঁ

আমি অনুমতি দিলাম সকল অংশগ্রহণকারীদের যারা আমার কেয়ারে নিয়োজিত তারা আমার ইলেকট্রনিক হেলথ তথ্য HEALTHeLINK এর মাধ্যমে দেখতে পারবেন কিন্তু এই অংশগ্রহণকারী ছাড়া:

ন

অংশগ্রহণকারীর নাম

অংশগ্রহণকারীর ঠিকানা অথবা ফোন নাম্বার

এ

ক

টি

হ্যাঁ

মেডিক্যাল ইমার্জেন্সি ছাড়া এই অংশগ্রহণকারী আমার ইলেকট্রনিক হেলথ তথ্য HEALTHeLINK এর মাধ্যমে দেখতে পারবেন না। আপনি যদি বেছে থাকেন কোন অংশগ্রহণকারী যাকে আপনি বহির্ভূত করতে চান, তাহলে আপনি অবশ্যই যোগাযোগ ফোন (৭১৬)২০৬-০৯৯৩ ext ৩১১ আপনার ফর্ম যাচাই করার জন্য। আপনি যদি আরোও কোন অংশগ্রহণকারীদেরকে বহির্ভূত করতে চান, তাহলে তাদের অন্তর্ভুক্ত ফোন পারটিসিপেন্ট এক্সক্লুশন ফর্মে এবং এই ফর্মের সাথে তা যুক্ত করুন। আপনি ফর্ম পাবেন

www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/PatientConsent. আপনি যদি পারটিসিপেন্ট এক্সক্লুশন ফর্ম যুক্ত করে থাকেন তাহলে এখানে চেক মার্ক দিন

নি

র্বা

চ

ন

না

আমি

অনুমতি দিলাম না সকল অংশগ্রহণকারীদের যারা আমার কেয়ারে নিয়োজিত তারা আমার ইলেকট্রনিক হেলথ তথ্য HEALTHeLINK এর মাধ্যমে দেখতে পারবেন যে কোন উদ্দেশ্যে, শুধুমাত্র আমার মেডিক্যাল ইমার্জেন্সি ছাড়া। এই বক্সে চেক মার্ক দেয়ার পর আপনি রাজি হলেন যে, “না, মেডিক্যাল ইমার্জেন্সি ছাড়া কোন অংশগ্রহণকারী আমার ইলেকট্রনিক হেলথ তথ্য HEALTHeLINK এর মাধ্যমে দেখতে পারবেন না।”

আমি অনুমতি দিলাম না সকল অংশগ্রহণকারীদের যারা আমার কেয়ারে নিয়োজিত তারা আমার ইলেকট্রনিক হেলথ তথ্য HEALTHeLINK এর মাধ্যমে দেখতে পারবেন যে কোন উদ্দেশ্যে, এমনকি মেডিক্যাল ইমার্জেন্সি ব্যাপারে

ক

ক

ন

কথনো

বিঃ দ্রঃ : “কখনো না” যদি বাছাই না করে থাকেন নিউ ইয়র্ক স্টেট এর আইনে যারা আপনার ইমার্জেন্সি সেবায় নিয়োজিত তারা আপনাকে মেডিক্যাল রেকর্ড দেখতে পারবেন, এমনকি আপনার HEALTHeLINK এর তথ্যগুলোও।

রোগী/আইন প্রতিনিধি	
রোগীর শেষ নাম	
রোগীর প্রথম নাম	
রোগীর জন্ম তারিখ	
রোগীর ঠিকানা	
সিটি	
স্টেট	
জিপ	
রোগী অথবা রোগীর আইন প্রতিনিধির সিগনেচার	
সিগনেচার এর তারিখ	
প্রিন্ট ফর্মে লিখুন রোগীর আইন প্রতিনিধির নাম	
রোগীর সাথে আইন প্রতিনিধির সম্পর্ক (যদি প্রযোজ্য হয়)	
<input type="checkbox"/> পেরেন্ট <input type="checkbox"/> হেলথকেয়ার এজেন্ট/প্রক্সি <input type="checkbox"/> অভিভাবক <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____	

সাক্ষী
অনুমোদন পত্র গৃহীত
সাক্ষী
যদি আপনি এই ফর্ম পূরণ না করে পারটিসিপেন্ট এর অফিসে আপনার সাক্ষী অবশ্যই নিচের তথ্যগুলো পূরণ করবেন
সিই ফর্ম লিখন সাক্ষীর নাম
সাক্ষীর সিগনেচার
রোগীর সাথে সাক্ষীর সম্পর্ক (যেমন, স্বামী/স্ত্রী, ছেলে, প্রতিবেশী, ইত্যাদি)

HEALTHeLINK একটি নন-প্রফিট অর্গানাইজেশন। এটি তথ্য আদান-প্রদান করে মানুষের স্বাস্থ্য সম্পর্কে ইলেক্ট্রনিকভাবে এবং নিরাপদভাবে স্বাস্থ্য সেবার মান উন্নয়ন করে। এই ধরনের শেয়ারকে বলে ইহেলথ অথবা হেলথ ইনফোরমেশন টেকনোলজি (হেলথ আইটি)। নিউ ইয়র্ক স্টেট এ ইহেলথ সম্পর্কে জানতে, এই পুস্তিকা পড়ুন, "Better Information Means Better Care." আপনি যে কোন পারটিসিপান্টকে জিজ্ঞেস করতে পারেন অথবা যেতে পারেন www.ehealth4ny.org

HEALTHeLINK রোগীর তথ্য এবং সম্মতি প্রক্রিয়া সম্পর্কে বিস্তারিত :

১' আপনার তথ্য কিভাবে ব্যবহার করা হবে

আপনার ইলেকট্রনিক হেলথ তথ্য আপনি যাকে অনুমতি দিয়েছেন **শুধুমাত্র সেই** পারটিসিপেন্ট প্রবাইডার :

- আপনাকে মেডিক্যাল চিকিৎসা এবং এ সম্পর্কিত সার্ভিস দিতে পারবে।
- চেক ফুন আপনার হেলথ ইন্সুরেন্স আছে কিনা এবং তা কি কি কাবার করে।
- মূল্যায়ন এবং উন্নত মেডিক্যাল সেবা প্রদান করে সব রোগীদের।

আপনার ইলেকট্রনিক হেলথ তথ্য আপনি যাকে অনুমতি দিয়েছেন **শুধুমাত্র সেই** পারটিসিপেন্ট পেয়ারঃ

- **মান উন্নয়ন কার্যকলাপ** এটি অন্তর্ভুক্ত করে মূল্যায়ন এবং মেডিক্যাল কেয়ার এর মান উন্নয়ন যা আপনাকে এবং সকল হেলথ ইন্সুরেন্স এর মেম্বারকে দেয়া হয়।
- **কেয়ার ম্যানেজমেন্ট কার্যকলাপ** এটি অন্তর্ভুক্ত করে সঠিক মেডিক্যাল কেয়ার পেতে, ভাল মানের হেলথ সার্ভিস পেতে, একাধিক স্বাস্থ্য সেবা পেতে অথবা আপনাকে সাপোর্ট করে কিভাবে মেডিক্যাল কেয়ার মেনে চলবেন।
- **প্রি-অথরাইজেশন কার্যকলাপ** এটি অন্তর্ভুক্ত করে মেডিক্যাল তথ্য পর্যালোচনা এবং মূল্যায়ন প্রি-এপ্রভ সার্ভিস যা আপনি এবং আপনার হেলথ কেয়ার প্রোবাইডার আবেদন করেছেন।

বিঃদ্রঃ কনসেন্ট ফর্মে আপনি যাকে পছন্দ করেছেন তার কারণে হেলথ ইন্সুরার বা কোন অননমিত পান না সিদ্ধান্ত নিতে আপনাকে হেলথ ইন্সুরেন্স দেবে কিনা অথবা আপনার মেডিক্যাল বিল দেবে কিনা, আপনি ভিন্ন কনসেন্ট ফর্মে হেলথ ইন্সুরার পছন্দ করতে পারবেন যা হেলথ ইন্সুরার বা ব্যবহার করবে।

২' **আপনার সম্পর্কে কি কি ধরনের তথ্য অন্তর্ভুক্ত**। আপনি যদি অনুমতি দিয়ে থাকেন কনসেন্ট ফর্মে, কোন পারটিসিপেন্টকে আপনার সব ইলেকট্রনিক হেলথ তথ্য HEALTHeLINK এর মাধ্যমে পেতে পারে। কনসেন্ট ফর্ম পূরণ করার আগে এবং পরে যা তথ্য আসে তাও অন্তর্ভুক্ত। আপনার হেলথ রেকর্ড এ অন্তর্ভুক্ত পুরাতন কোন অসুখ এবং ইনজুরি (যেমন ডায়বেটিস অথবা ভাগা হাড়), টেস্ট রিজাল্ট (যেমন এক্স-রে অথবা ব্লাড টেস্ট), and এবং কি কি মেডিসিন আপনি খেয়েছেন। এই তথ্য আপনার সংবেদনশীল হেলথ কন্ডিশন, কিন্তু সীমাবদ্ধ নয়ঃ

- এলকোহল অথবা ডাগ ব্যবহার
- এইচ/এইডস
- বার্থ কন্ট্রোল এবং এবরসন (ফেমিলি প্ল্যানিং)
- জেনেটিক (ইনহেরিটেড) রোগ অথবা টেস্ট
- মেন্টাল হেলথ কন্ডিশন
- সেক্সসুয়ালি ট্রান্সমিটেড রোগ

3' **'আপনার হেলথ তথ্য কোথা থেকে এসেছে আপনি যে সব জায়গা থেকে মেডিক্যাল কেয়ার অথবা হেলথ ইনফোরমেশন পেয়েছেন** ("ইনফরমেশন সোর্স")। এটি অন্তর্ভুক্ত করে হসপিটাল, ডাক্তার, ফার্মেসি, ক্লিনিকাল লেবরটরি, হেলথ ইন্সুরার, মেডিকেইড প্রোগ্রাম, এবং অন্যান্য ইহেলথ অর্গানাইজেশন হেলথ ইনফোরমেশন আদান-প্রদান করে ইলেক্ট্রনিকালি। এ কারেন্ট ইনফরমেশন সোর্স এর কমপ্লিট লিস্ট আছে। আপনি আপডেইট লিস্ট পেতে পারেন HEALTHeLINK ওয়েবসাইটে www.wnyhealthelink.com অথবা কল ফুন , ৭১৬-২০৬-০৯২৩ এক্সট. ৩১১

4' **'কে কে আপনার ইনফোরমেশন পেতে পারে, যদি আপনি অনুমোদন দিয়ে থাকেন'** শুধুমাত্র তারা ইনফোরমেশন পেতে পারে আপনার সম্পর্কেঃ ডাক্তার অথবা অন্য কোন হেলথ কেয়ার প্রবাইডার, যে এপ্রভ পারটিসিপেটিং প্রবাইডার এর মেডিক্যাল স্টাফ এবং মেডিক্যাল কেয়ার এ অন্তর্ভুক্ত; হেলথ কেয়ার প্রবাইডার যে কাবার করছে অথবা অন কল পারটিসিপেটিং প্রবাইডার ডাক্তার; এবং এপ্রভ পারটিসিপেন্ট স্টাফ মেম্বার যার কার্যকলাপ কনসেন্ট ফর্ম এর অনুমোদিত যে কোন একটির মধ্যে। একটি পারটিসিপেন্ট এর কমপ্লিট লিস্ট পাওয়া যেতে পারে HEALTHeLINK এ www.wnyhealthelink.com অথবা কল ফুন , ৭১৬-২০৬-০৯২৩ এক্সট. ৩১১.

5' **আপনার তথ্যের অপব্যবহার এবং অনুপযুক্তভাবে পাওয়ার জরিমানা** There are penalties আপনার তথ্য অনুপযুক্তভাবে পাওয়া অথবা এর অপব্যবহার করলে জরিমানা রয়েছে। আপনি কোন সময় সন্দেহ করে থাকেন কেউ আপনার তথ্য পেয়েছে যার পাওয়া উচিত নয় তাহলে কল ফুন যে কোন একজন পারটিসিপেন্টকে যাকে আপনি এপ্রভ করেছেন; অথবা ভিজিট ফুন HEALTHeLINK এর ওয়েবসাইটে www.wnyhealthelink.com; অথবা কল ফুন HEALTHeLINK এ , ৭১৬-২০৬-০৯২৩ এক্সট. ৩১১; অথবা কল ফুন এন ও ইয়াই এস ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ ৮৭৭-৬৯০-২২১১.

6' **রি-ডিসক্লোজ অফ ইনফোরমেশন** আপনার ইলেক্ট্রনিক হেলথ ইনফোরমেশন কোন পারটিসিপেন্ট আবার প্রকাশ এটি শুধুমাত্র স্টেট এবং ফেডারেল আইন এবং প্রবিধান অনুমোদন পাবে। পেপারে যদি কোন হেলথ ইনফোরমেশন থাকে তাও তারা দেখতে পারবে। Some কিছু স্টেট এবং ফেডারেল আইন বিশেষ নিরাপত্তা প্রদান করে সংবেদনশীল হেলথ ইনফোরমেশন এ , এইচ আই ভি / এইডস এবং ডাগ অথবা এলকোহল চিকিৎসা অন্তর্ভুক্ত। তাদের বিশেষ রিকুয়ারমেন্ট অবশি মেনে চলতে হবে যে এই সম্পর্কে তথ্য পাবে। HEALTHeLINK এবং যে ই সম্পর্কিত তথ্য পাবে HEALTHeLINK এর মাধ্যমে এই নিয়ন্ত্রণে চলতে হবে।

7' **কার্যকর সময়কাল** এই কনসেন্ট ফর্ম ততদিন পর্যন্ত কার্যকর থাকবে যতদইন আপনি এই কনসেন্ট উইথড্র না করবেন অথবা HEALTHeLINK এর ব্যবসা বন্ধ না হওয়া পর্যন্ত।

8' **আপনার কনসেন্ট উইথড্রো**। আপনি আপনার কনসেন্ট ফর্ম উইথড্রো করতে পারেন যে কোন সময় উইথড্রোয়াল কনসেন্ট ফর্মে সাইন করার পর এবং যে কোন পারটিসিপেন্টকে আপনি দিতে পারেন। আপনি আপনার কনসেন্ট চয়েস পরিবর্তন করতে পারবেন যে কোন সময় নতুন কনসেন্ট ফর্ম পূরণ করে। আপনি এই ফর্ম পেতে পারেন HEALTHeLINK এর ওয়েবসাইটে www.wnyhealthelink.com or অথবা কল ফুন , ৭১৬-২০৬-০৯২৩ এক্সট. ৩১১.

বিঃদ্রঃ Organizations অর্গানাইজেশন যারা আপনার হেলথ ইনফোরমেশন HEALTHeLINK মাধ্যমে পেয়েছে তারা হমত আপনার কনসেন্ট এর কপি অথবা আপনার ইনফোরমেশন তাদের নিজস্ব মেডিক্যাল রেকর্ড রেখে দিতে পারে যদিও আপনি শেষ দিকে প্রত্যাহার করার সিদ্ধান্ত নিয়েছেন, তাদের জন্য আপনার রেকর্ড মুছে ফেলা অথবা ফেরত দেয়া আবশ্যিক নয়।

9' **ফর্মের কপি** . আপনার কনসেন্ট ফর্ম সাইন করার পর আপনি এর কপি পাবেন