Healthix

[Insert Organization Name/Logo]

न्यू यॉर्क राज्य का स्वास्थ्य विभाग

स्वास्थ्य सूचना एक्सचेंज संगठन के माध्यम से रोगी के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए प्राधिकर

रोगी का नाम	जन्म तिथि	रोगी का पहचान नंबर
रोगी का पता		

मैं निवेदन करता हूँ कि मुझे मिलने वाले उपचार और स्वास्थ्य सेवा संबंधी जानकारी तक इस फॉर्म में दिए गए निर्देशों के अनुसार पहुँच की जाए। [Name of Provider Organization] को (उनके एजेंटों सहित) मेरे मेडिकल रिकॉर्ड को हेल्थिक्स (Healthix) नामक स्वास्थ्य जानकारी एक्सचेंज संगठन से प्राप्त करने की अनुमति देने अथवा ना देने का निर्णय मैं स्वयं कर सकता हूं। यदि मैं अनुमति देता हूँ तो, तो राज्यव्यापी कंप्यूटर नेटवर्क के द्वारा मेरे मेडिकल रिकार्ड्स उन सभी स्थानों से प्राप्त किए जा सकते हैं जहाँ से मैं स्वास्थ्य सेवाएँ प्राप्त करता हूँ। हेल्थिक्स (Healthix) एक ग़ैर लाभकारी संस्था है जो लोगों की स्वास्थ्य संबंधित जानकारी को इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से साझा करती है और HIPAA एवं न्यू यॉर्क राज्य के कानून के गोपनीयता और सुरक्षा के मानकों को पूरा करती है। अधिक जानकारी के लिए हेल्थिक्स (Healthix) की वेबसाइट www.healthix.org पर जाएँ।

यदि मैंने यह फॉर्म पूरा भर के बॉक्स #3 पर निशान नहीं लगा दिया है जो स्पष्ट करता है कि चिकित्सीय आपातकालीन दशा में भी मैं जानकारी देने की अनुमति नहीं दे रहा हूँ, आपातकालीन अवस्था में मेरी जानकारी प्राप्त की जा सकती है।

इस फॉर्म में मैं जो भी विकल्प चुनता हूं उस से मेरी स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने की योग्यता पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा। मैं इस फॉर्म में जो भी विकल्प चुनता हूँ, उस से प्राप्त जानकारी का उपयोग मेरे स्वास्थ्य बीमा कवरेज या मेरे मेडिकल बिल भुगतान करने का निश्चय लेने में स्वास्थ्य बीमा प्रदाताओं द्वारा नहीं किया जा सकता।

मेरी स्वीकृति के विकल्प। मेरी स्वीकृत के बाएँ हाथ पर एक बॉक्स पर निशान अंकित है। मैं यह फॉर्म अभी या बाद में भर सकता हूँ। मैं एक नया फॉर्म भर के अपना निश्चय कभी भी बदल सकता हूँ।
☐ **1. मैं** [Name of Provider Organization] को स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने हेतु (आपातकाल में भी) मेरी सभी स्वास्थ्य संबंधी इलेक्ट्रॉनिक जानकारी हेल्थिक्स (Healthix) के ज़रिए प्राप्त करने की **अनुमति देता हूँ**।
☐ **2. मैं** [Name of Provider Organization] को अपनी स्वास्थ्य संबंधी इलेक्ट्रॉनिक जानकारी हेल्थिक्स (Healthix) के ज़रिए उपलब्ध कराने हेतु **आपातकाल को छोड़ कर अनुमति नहीं देता हूँ**।
☐ **3. मैं** [Name of Provider Organization] को अपनी स्वास्थ्य संबंधी इलेक्ट्रॉनिक जानकारी हेल्थिक्स (Healthix) के ज़रिए किसी भी उद्देश्य के लिए *चिकित्सीय आपात काल में **भी*** उपलब्ध कराने हेतु **अनुमति नहीं देता हूँ**।

यदि मैं हेल्थिक्स (Healthix) में भाग लेने वाली सभी प्रदाता संस्थाओं और स्वास्थ्य योजनाओं को अपनी स्वास्थ्य संबंधी इलेक्ट्रॉनिक जानकारी हेल्थिक्स (Healthix) के ज़रिए प्राप्त करने की अनुमति नहीं देना चाहता हूँ तो मैं हेल्थिक्स (Healthix) की वेबसाइट www.healthix.org पर जा कर अथवा हेल्थिक्स (Healthix) से 877-695-4749 पर संपर्क कर के भी ऐसा कर सकता हूँ।

इस फॉर्म के बारे में मेरे प्रश्नों का उत्तर मुझे मिल चुका है और मुझे इस फॉर्म की एक प्रति भी उपलब्ध करा दी गई है।

रोगी अथवा रोगी के कानूनी प्रतिनिधि का हस्ताक्षर	तिथि
कानूनी प्रतिनिधि का नाम लिखें (यदि लागू हो तो)	कानूनी प्रतिनिधि का रोगी से संबंध (यदि लागू हो तो)

हेल्थिक्स (Healthix) के ज़रिए प्राप्त की गई जानकारी का विवरण और अनुमति प्रक्रिया:

1. **आपकी जानकारी का क्या उपयोग किया जा सकता है।** आपकी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य जानकारी का **सिर्फ़** निम्नलिखित स्वास्थ्य सेवाओं के लिए उपयोग किया जाएगा:
   - **उपचार सेवाएँ।** आपको चिकित्सीय उपचार और संबंधित सेवाएँ प्रदान करने में।
   - **बीमा के लिए पात्रता का सत्यापन।** यह देखने के लिए कि आपके पास स्वास्थ्य बीमा है कि नहीं और उस की व्यापकता कितनी है।
   - **देखभाल प्रबंधन गतिविधियाँ।** इस में उपयुक्त चिकित्सीय सेवा दिलवाने में आपकी मदद करना, आपको उपलब्ध सेवाओं की गुणवत्ता को बेहतर करना, आपको प्राप्त कई स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के प्रावधान का संयोजन करना, अथवा एक स्वास्थ्य योजना के पालन में आपकी मदद करना, शामिल हैं।
   - **गुणवत्ता बेहतर करने वाली गतिविधियाँ।** आपको और सभी रोगियों को प्राप्त होने वाली स्वास्थ्य सेवाओं का मूल्यांकन करना और उन्हें बेहतर बनाना।

2. **आप के बारे में किस प्रकार की जानकारी सम्मिलित की जाती है।** यदि आप अनुमति देते हैं तो सूचीबद्ध प्रदाता संस्था(एँ), हेल्थिक्स (Healthix) के माध्यम से उपलब्ध आपकी **सारी** स्वास्थ्य संबंधी इलेक्ट्रॉनिक जानकारी प्राप्त कर सकती हैं। इस में इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करने की तिथि से पहले और बाद की सारी जानकारी सम्मिलित होगी। आपके स्वास्थ्य रिकॉर्ड में आपको हुई किसी भी बीमारी अथवा चोट का इतिहास दर्ज़ हो सकता है (जैसे मधुमेह अथवा टूटी हुई हड्डी), परीक्षणों के नतीजे हो सकते हैं (जैसे एक्स-रे या रक्त जाँच) और आपके द्वारा ली गई दवाइयों की सूची शामिल हो सकती है। इस में आपकी निजी स्वास्थ्य अवस्थाओं की जानकारी सम्मिलित हो सकती है जिस में निम्नलिखित सम्मिलित हैं किन्तु इन्ही तक सीमित नहीं:

   - शराब अथवा मादक पदार्थ सेवन समस्या और निदान
   - गर्भ निरोध और गर्भपात (परिवार नियोजन)
   - आनुवांशिक (वंशगत) रोग या परीक्षण
   - एचआईवी (HIV)/ एड्स (AIDS)
   - मानसिक स्वास्थ्य अवस्थाएँ
   - यौन संक्रामक रोग
   - दवाएँ और खुराक़
   - नैदानिक जानकारी
   - अलर्जी
   - नशीले पदार्थों के सेवन का संक्षिप्त इतिहास
   - क्लिनिकल नोट्स
   - डिस्चार्ज सारांश
   - रोजगार संबंधी जानकारी
   - जीवन स्थिति
   - सामाजिक सहायता
   - दावा संबंधी डेटा
   - प्रयोगशाला परीक्षण

3. **आके बारे में स्वास्थ्य संबंधी जानकारी कहाँ से मिलती है।** आपके बारे में जानकारी उन स्थानों से मिलती है जहाँ से आपको स्वास्थ्य सेवाएँ अथवा स्वास्थ्य बीमा उपलब्ध हुआ है। इस में अस्पताल, चिकित्सक, फार्मेसी, नैदानिक प्रयोगशालाएँ, स्वास्थ्य बीमाकर्ता, मेडिकेड प्रोग्राम, और अन्य संस्थाएँ शामिल है जो इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से स्वास्थ्य संबंधी जानकारी साझा करती हैं। हेल्थिक्स (Healthix) से इस की वर्तमान सम्पूर्ण सूची उपलब्ध है। आप किसी भी समय हेल्थिक्स (Healthix) की वेबसाइट www.healthix.org पर जा कर अथवा 877-695-4749 पर कॉल कर के एक उद्दिनाकित सूची प्राप्त कर सकते हैं।

4. **यदि आप अनुमति देते हैं, तो आपकी जानकारी कौन प्राप्त कर सकता है।** सिर्फ़ आप के द्वारा स्वीकृत संस्था(ओं) के डॉक्टर और स्टाफ़ कर्मचारी इस फ़ॉर्म के पहले पैराग्राफ में दिए गए विवरण के अनुसार गतिविधि करने के लिए।

5. **सार्वजनिक स्वास्थ्य और अंग अधिप्राप्ति संस्था की पहुँच।** संघीय, राज्य अथवा स्थानीय सार्वजनिक स्वास्थ्य एजेंसियां और कुछ अंग अधिप्राप्ति संस्थाओं को कुछ एक सार्वजनिक स्वास्थ्य और अंग प्रत्यारोपण के उद्देश्यों के लिए बिना रोगी की अनुमति लिए क़ानून की ओर से स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। आप अनुमति दें, न दें अथवा स्वीकृति पत्र ना भी भरें तो भी ये संस्थाएँ हेल्थिक्स (Healthix) के माध्यम से इन सब उद्देश्यों के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त कर सकती हैं।

6. **आपकी स्वास्थ्य जानकारी तक अनुचित पहुँच अथवा प्रयोजन के लिए दंड।** आपकी स्वास्थ्य संबंधी इलेक्ट्रॉनिक जानकारी गलत तरीके से प्राप्त करने अथवा उसके गलत प्रयोजन के लिए प्रयोग करने पर दंड दिया जाएगा। यदि आपको किसी भी समय यह शक़ होता है कि आपकी जानकारी ऐसे व्यक्ति के हाथों में पहुँच गई है, जिसके पास वह नहीं होनी चाहिए, तो प्रदाता संस्था को: ____ पर कॉल करें; अथवा हेल्थिक्स (Healthix) की वेबसाइट www.healthix.org पर जाएँ; अथवा NYS स्वास्थ्य विभाग को 518-474-4987 पर फोने करें; अथवा इस लिंक *http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/* पर जा नागरिक अधिकार के संघीय ऑफिस की शिकायत प्रक्रिया को पूरा करें।

7. **जानकारी का पुनः प्रकटीकरण।** जिन संस्थाओं को आपने आपकी स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त करने की अनुमति दी हुई है, वे आप की स्वास्थ्य जानकारी पुनः दे सकते हैं किन्तु राज्य और संघीय नियम कानून द्वारा स्थापित सीमा के भीतर ही। शराब/मादक पदार्थ के उपचार से संबंधित जानकारी अथवा एचआईवी संबंधित गोपनीय जानकारी सिर्फ़ तभी प्राप्त और सिर्फ़ तभी पुनः दी जा सकती है जब उसके साथ पुनः प्रकटीकरण के निषेध संबंधी वक्तव्य हो।

8. **प्रभावकारी अवधि।** यह स्वीकृति पत्र तब तक प्रभावकारी रहेगा जब तक आप अपनी स्वीकृति के विकल्प नहीं बदलते अथवा मृत्यु या जब तक हेल्थिक्स (Healthix) काम करना बंद नहीं कर देता। यदि हेल्थिक्स (Healthix) का किसी अन्य योग्यता प्राप्त संस्था में विलय हो जाता है तो आपके स्वीकृति विकल्प नई विलीन संस्था के साथ प्रभावकारी रहेंगे।

9. **अपने स्वीकृति विकल्प बदलना।** आप अपने स्वीकृति विकल्प किसी भी समय और किसी भी प्रदाता संस्था के लिए एक नया फॉर्म अपने नए विकल्प भर के, जमा करवा कर बदल सकते हैं। वे संस्थाएँ जो आपकी अनुमति से हेल्थिक्स (Healthix) द्वारा आपकी स्वास्थ्य जानकारी लेती हैं, उस जानकारी की प्रति अपने स्वास्थ्य रिकॉर्ड में रख सकती हैं अथवा सम्मिलित कर सकती हैं। यदि आप बाद में अपने अनुमति संबंधी निश्चय को बदलने का सोचते हैं तो वे आपकी जानकारी आपको वापिस देने अथवा अपने रिकॉर्ड में से हटाने को बाध्य नहीं हैं।

10. **फॉर्म की प्रति।** आप को इस अनुमति पत्र की एक प्रति प्राप्त करने का अधिकार है।