

صحت کی معلومات کے اجراء کی اجازت (بشمول الکحل/منشیات کے علاج اور دماغی صحت کے بارے میں معلومات) اور HIV/AIDS سے متعلق رازدارانہ معلومات کو جاری کرنا

نیو یارک اسٹیٹ محکمہ صحت
(New York State Department of Health)

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

میری، یا میرے مجاز نمائندہ کی درخواست ہے کہ میری نگہداشت اور علاج کے بارے میں میری صحت کی معلومات جاری کی جائیں، جیسا کہ اس فارم پر درج ہے۔ مجھے درج ذیل کی سمجھ بوجھ ہے:

1. اس اجازت میں الکحل اور منشیات کے علاج، دماغی صحت کے علاج اور HIV/AIDS کے بارے میں رازدارانہ نوعیت کی معلومات کا افشاء شامل ہو سکتا ہے، یہ معلومات صرف اسی صورت میں افشاء کی جائیں، جب میں آئٹم 8 کی موزوں سطر میں اپنا مختصر دستخط کروں۔ اگر ذیل میں بیان کردہ صحت کی معلومات میں ان اقسام کی معلومات میں سے کوئی بھی شامل ہوں اور اگر میں آئٹم 8 کے خانے کی سطر میں اپنا مختصر دستخط کر دوں، تو میری اجازت خاص طور پر آئٹم 6 میں اشارہ کردہ فرد (افراد) کے لیے ہی ہو گی۔
2. کچھ مستثنیات کے ساتھ، صحت کی معلومات ایک بار افشاء کیے جانے کے بعد وصول کنندہ کے ذریعے دوبارہ بھی افشاء کی جا سکتی ہیں۔ اگر میں HIV/AIDS سے متعلق، الکحل یا منشیات کے علاج یا دماغی صحت کے علاج سے متعلق اپنی معلومات کے اجراء کی اجازت دے دوں، تو وصول کنندہ کو ایسی معلومات کو دوبارہ افشاء کرنے یا افشاء کردہ معلومات کو میری اجازت کے بغیر کسی دوسرے مقصد کے لیے استعمال کرنے سے منع کیا جائے گا، جب تک کہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت نہ ہو۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلق معلومات کے اجراء یا انکشاف کی وجہ سے کسی بھی قسم کے امتیازی سلوک کا سامنا کرنا پڑتا ہے، تو میں نیویارک اسٹیٹ انسانی حقوق کے ڈویژن (New York State Division of Human Rights) سے 1-888-392-3644 پر رابطہ کر سکتا/سکتی ہوں۔ یہ ایجنسی میرے حقوق کے تحفظ کی ذمہ دار ہے۔
3. مجھے آئٹم 5 میں درج ذیل فراہم کنندہ کو لکھ کر کسی بھی وقت اس اجازت کو منسوخ کرنے کا حق حاصل ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں اس اجازت کو منسوخ بھی کر سکتا/سکتی ہوں، ماسوائے یہ کہ اس اجازت کی بنیاد پر ان معلومات پر پہلے ہی کوئی کارروائی عمل میں لائی جا چکی ہو۔
4. اس اجازت نامے پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ عام طور پر میرا علاج، ادائیگی، ہیلتھ پلان میں اندراج یا کسی بھی قسم کی مراعات کے لیے میری اہلیت، اس افشاء کی میری اجازت سے مشروط نہیں ہو گی۔ تاہم، میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر میں اس رضامندی پر دستخط نہیں کرتا/کرتی، تو کچھ حالات میں مجھے علاج سے انکار بھی کیا جا سکتا ہے۔
5. اس فراہم کنندہ یا فرد کا نام اور پتہ، جس کو یہ معلومات جاری کی جانی ہیں:

6. اس فرد (افراد) کا نام اور پتہ جن کو یہ معلومات افشاء کی جائیں گی:

7. معلومات کے اجراء کا مقصد:

8. جب تک کہ میری جانب سے پہلے منسوخ نہ کیا گیا ہو، نیچے دی گئی مخصوص معلومات کا انکشاف کیا جا سکتا ہے: شروع کی تاریخ درج کریں _____ تا _____ ميعاد ختم ہونے یا واقعہ کی تاریخ درج کریں _____ تک صحت کی تمام معلومات (تحریری اور زبانی)، ماسوائے:

مختصر دستخط	ظاہر کی جانے والی معلومات	مندرجہ ذیل کو شامل کرنے کے لیے، ظاہر کی جانے والی مخصوص معلومات کی نشاندہی کریں اور نیچے مختصر دستخط کریں۔
		<input type="checkbox"/> الکحل/منشیات کے علاج کے پروگراموں کے ریکارڈز
		<input type="checkbox"/> دماغی صحت کے پروگراموں سے معالجاتی ریکارڈز*
		<input type="checkbox"/> HIV/AIDS سے متعلق معلومات

9. اگر مریض موجود نہیں ہے، تو فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام: _____

10. مریض کی طرف سے دستخط کرنے کا اختیار: _____

اس فارم کے تمام آئٹمز مکمل ہو چکے ہیں، اس فارم کے بارے میں میرے سوالات کے جوابات دے دیے گئے ہیں اور مجھے فارم کی ایک عدد نقل بھی فراہم کر دی گئی ہے۔

تاریخ _____ مریض یا نمائندہ کے دستخط، جو قانون کے ذریعے مجاز ہیں

گواہ کا بیان/ دستخط: میں نے اس اجازت کے نفاذ کا خود مشاہدہ کیا ہے اور تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ دستخط شدہ اجازت نامہ کی ایک عدد نقل مریض اور/یا مریض کے مجاز نمائندہ کو فراہم کر دی گئی ہے۔

تاریخ _____ دستخط _____ عملے کے فرد کا نام اور عہدہ _____

یہ فارم DOH-2557 کی جگہ استعمال کیا جا سکتا ہے اور اسے NYS دفتر برائے دماغی صحت (NYS Office of Mental Health) اور NYS دفتر برائے شراب نوشی و منشیات کے لیے استعمال کی خدمات (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services) نے صحت کی معلومات کے اجراء کی اجازت کے لیے منظوری دی ہوئی ہے۔ تاہم، اس فارم کے مطابق ہیلتھ کیئر پرووائیڈرز کو صحت کی معلومات جاری کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ الکحل/منشیات کے علاج سے متعلق معلومات یا اس فارم کے ذریعے جاری کردہ HIV کے بارے میں رازدارانہ معلومات کو دوبارہ افشاء کیے جانے کی ممانعت سے متعلق مطلوبہ بیانات کے ساتھ اکٹھا ہونا چاہیے۔

*نوٹ: دماغی صحت کے طبی ریکارڈز سے تعلق رکھنے والی معلومات، اس اجازت کے مطابق ان فریقین کو جاری کی جا سکتی ہیں جن کی نشاندہی کی گئی ہے اور جن کو معلومات کی حقیقی ضرورت ہے، بشرطیکہ اس انکشاف سے مریض یا کسی دوسرے شخص کے لیے کوئی خدشہ یا نقصان ہونے کی معقول توقع نہ کی جائے۔