

प्रोटेक्टेड हेल्थ इन्फोर्मेशन (Protected Health Information, PHI) निर्देशों के उपयोग और प्रकटीकरण के लिए प्राधिकार देना

1. फॉर्म के सभी भागों को पूरा करें। अधूरे फॉर्म स्वीकार नहीं किए जाएंगे।
2. उस प्रदाता/संस्था(ओं) की सूची बनाएं जिनसे आप रिकॉर्ड का अनुरोध कर रहे हैं और नीचे दिए गए चार्ट में बताए अनुसार दर्ज करें।
3. यदि अल्कोहल/ड्रग का उपचार, मानसिक स्वास्थ्य का उपचार, आनुवंशिक जानकारी या गोपनीय एचआईवी-संबंधी जानकारी शामिल की जानी है, तो नंबर एक के तहत प्रत्येक उपयुक्त प्रकार के आगे संक्षिप्त हस्ताक्षर करें।
 - अल्कोहल या ड्रग उपचार की जानकारी का अर्थ अल्कोहल/ड्रग उपचार कार्यक्रम की कोई भी जानकारी है।
 - मानसिक स्वास्थ्य उपचार जानकारी का अर्थ है मानसिक स्वास्थ्य रोगियों की पहचान करने के लिए नैदानिक रिकॉर्ड या नैदानिक जानकारी, जो न्यूयॉर्क राज्य कानून के तहत सुरक्षित की गई है।
 - गोपनीय HIV-संबंधी जानकारी का अर्थ है ऐसी कोई भी जानकारी जो यह दर्शाती है कि आपने HIV-संबंधी परीक्षण कराया था या इसका संक्रमण या बीमारी (एड्स सहित) थी या HIV के संपर्क में आए है। इसमें नकारात्मक परिणाम शामिल हैं।
 - आनुवंशिक जानकारी का अर्थ डीएनए प्रोफाइल विश्लेषण सहित किसी आनुवंशिक बीमारी या विकलांगता की प्रवृत्ति से जुड़ी आनुवंशिक बदलाव के मौजूदगी की पहचान करने के लिए किसी भी प्रयोगशाला परीक्षण से है।

शुल्क का एक आकलन, यदि कोई हो, अनुरोध पूरा होने से पहले प्रदान किया जाएगा।

स्थान	पता	टेलीफोन नंबर
Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center	NYU Langone Health HIM Department वैयक्तिक रूप से: 550 First Avenue, Lobby, NY, NY 10016 डाक: One Park Avenue, 3री मंजिल, NY, NY 10016	212-263-5490
NYU Langone Orthopedic Hospital	NYU Langone Orthopedic Hospital HIM Department वैयक्तिक रूप से: 380 2nd Avenue, Suite 640 NY, NY 10003 डाक: 301 E 17th St, NY, NY 10003	212-598-6790
NYU Langone Hospital – Long Island	NYU Langone Hospital – Long Island HIM Department वैयक्तिक रूप से: प्रवेश कार्यालय-मुख्य लॉबी 259 First Street, Mineola, NY 11501 मेल: 200 Old Country Road, Suite SW 201, Mineola, NY 11501	516-663-2515, option 4
Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 160 E 34th Street NY, NY 10016	212-731-6180
NYU Langone Hospital – Long Island - Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6ठी मंजिल Mineola, NY 11501	516-633-8250
NYU Langone Hospital-Brooklyn	NYU Langone Hospital-Brooklyn HIM Department 150 55th Street Brooklyn, NY 11220	718-630-7125
NYU Grossman School of Medicine Faculty Group Practices (FGP)	सीधे व्यक्तिगत कार्यालय को	व्यक्तिगत कार्यालय से सीधे संपर्क करें
NYU में परिवार स्वास्थ्य केंद्र लैंगोन	Marilyn Vientos, निदेशक FHC नेटवर्क संचालन FHCPatientRelations@nyulangone.org	व्यक्तिगत कार्यालय से सीधे संपर्क करें
NYU Langone Hospital – Long Island प्रमाणित होम हेल्थ एजेंसी (CHHA)	NYU Langone Hospital – Long Island - CHHA 290 Old Country Road Mineola, NY 11501	516-663-8000
Southwest Brooklyn Dental Practice	ध्यान दें: प्रैक्टिस मैनेजर 215 54th Street Brooklyn, NY 11220	929-455-2099
रेडियोलॉजी फिल्म/तस्वीरें	टिप: 560 1st Ave, 2nd Floor, NY, NY 10006 Orthopedic Hospital: 301 East 17th St, Suite 600/6th Floor, NY, NY 10003 एफजीपी रेडियोलॉजी: NYU Langone Health Radiology Medical रिकॉर्ड, 650 First Avenue, 4थी मंजिल, NY, NY 10016 अन्य सभी स्थान: सीधे इमेजिंग अध्ययन के स्थान पर	टिप: 212-263-5227 ओर्थोपेडीक: 212-598-6373 एफजीपी: 212-263-7108 अन्य: व्यक्तिगत कार्यालय से सीधे संपर्क करें
Long Island Community Hospital (LICH)	Long Island Community Hospital - HIM Department 101 Hospital Road, Patchogue, NY 11772	631-654-7710

प्रोटेक्टेड हेल्थ इन्फोर्मेशन (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI) निर्देशों के उपयोग और प्रकटीकरण के लिए प्राधिकार देना

रोगी का नाम:	रोगी की जन्म-तिथि	टेलीफोन नंबर
रोगी का पता:		

मैं, या मेरे अधिकृत प्रतिनिधि, अनुरोध करते हैं कि मेरी देखभाल और उपचार के बारे में स्वास्थ्य जानकारी इस फॉर्म में बताए अनुसार जारी की जाए। मैं समझता हूँ कि:

1. **अल्कोहल/ड्रग का उपचार, मानसिक स्वास्थ्य उपचार, आनुवंशिक परीक्षण, और/या गोपनीय HIV* से संबंधित जानकारी** को तब तक साझा नहीं किया जाएगा जब तक कि मैं विशेष रूप से अनुमति नहीं देता। अपने संक्षिप्त हस्ताक्षर नीचे डालकर, मैं विशेष रूप से इस फॉर्म में दर्शाए गए व्यक्ति (व्यक्तियों) को ऐसी जानकारी जारी करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

	शराब या ड्रग उपचार की जानकारी (शराब / ड्रग उपचार कार्यक्रमों के रिकॉर्ड)
	मानसिक स्वास्थ्य उपचार की जानकारी (मनोचिकित्सा नोटों को छोड़कर जिनके लिए अतिरिक्त प्राधिकरण की आवश्यकता हो सकती है)
	आनुवंशिक परीक्षण
	HIV/एड्स से संबंधित जानकारी (इस जानकारी को जारी करने में कानून द्वारा आवश्यक होने पर फिर से प्रकट किए जाने से मनाही के संबंध में आवश्यक विवरण शामिल होना चाहिए)

2. ऊपर सूचीबद्ध विशेष प्रकार की सूचनाओं को छोड़कर, इस प्राधिकरण के कारण साझा की गई जानकारी प्राप्तकर्ता द्वारा फिर से साझा की जा सकती है और फिर संघीय या राज्य कानून द्वारा संरक्षित नहीं होगा। जब तक संघीय या राज्य कानून द्वारा अनुमति नहीं दी जाती है, अगर मैं HIV से संबंधित जानकारी साझा करने की अनुमति दे रहा हूँ, तो प्राप्तकर्ता मेरी अनुमति के बिना इस जानकारी को साझा नहीं कर सकता है। मैं उन लोगों की सूची मांग सकता हूँ जो बिना अनुमति के मेरी HIV-संबंधी जानकारी प्राप्त कर सकते हैं या उसका उपयोग कर सकते हैं। अगर मुझे HIV से संबंधित जानकारी जारी करने या प्रकट करने के कारण भेदभाव का अनुभव होता है, तो मैं न्यूयॉर्क स्टेट डिवीजन ऑफ ह्यूमन राइट्स (212) 480-2493 या न्यूयॉर्क सिटी कमीशन ऑफ ह्यूमन राइट्स (212) 3067450 पर संपर्क कर सकता हूँ। ये एजेंसियां मेरे अधिकारों की रक्षा के लिए जिम्मेदार हैं।
3. मैं उस प्रदाता/संस्था को लिखकर इस प्राधिकरण को रद्द कर सकता हूँ, जिसे मैंने फॉर्म (निर्देश पृष्ठ पर सूचीबद्ध पते पर) जमा किया था। यह निरसन उस सीमा तक प्रभावी होगा, जहां तक कि NYU Langone Health and/or Long Island Community Hospital ("LICH) ने पहले ही इस प्राधिकरण पर भरोसा कर लिया है।
4. इस प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करना स्वैच्छिक है। NYU Langone Health or LICH सीमित परिस्थितियों को छोड़कर, मेरे हस्ताक्षर करने या इस प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करने से इनकार करने पर उपचार, भुगतान, स्वास्थ्य योजनाओं में नामांकन या लाभों के लिए पात्रता की शर्त नहीं रख सकता है।
5. अगर मैं मूल रेडियोलॉजी फिल्मों का अनुरोध कर रहा हूँ, तो मैं समझता हूँ कि NYU Langone Health द्वारा कोई फिल्म (एनालॉग) प्रतियां नहीं रखी गई हैं। मैं अपने इमेजिंग रिकॉर्ड के रखरखाव हेतु NYU Langone Health को सभी उत्तरदायित्व से मुक्त कर रहा हूँ।

प्रदाता/संस्था का नाम और पता जिसे आप सूचना जारी करना चाहते हैं (निर्देश का पृष्ठ देखें):

सूचना जारी करने का उद्देश्य:

मेरे अनुरोध पर देखभाल को जारी रखना

अन्य (यदि सरकारी लाभ या कार्यक्रम के लिए सहित हो, कृपया स्पष्ट करें): _____

यह जानकारी प्राप्त करने वाला व्यक्ति:

स्वयं अन्य (नाम; पिक अप के लिए आवश्यक आईडी): _____

फॉर्म प्रारूप (शुल्क लागू हो सकते हैं; जारी करने से पहले एक आकलन प्रदान किया जाएगा):

पर पेपर को मेल करें: _____

पेपर, लें MyChart (60 दिनों के लिए डाउनलोड करने के लिए उपलब्ध)

फ़ैक्स (नंबर): _____ CD/DVD USB

NYU Langone Health
NYU Langone Hospitals
Family Health Centers @NYU Langone
NYU Grossman School of Medicine
Long Island Community Hospital @NYU Langone Health

सुरक्षित ईमेल (30 दिनों के लिए एक्सेस/डाउनलोड करने के लिए उपलब्ध): _____

अन्य: _____

जारी की जाने वाली जानकारी का विवरण:

ऊपर बताए गए प्रदाता/संस्था का पूरा मेडिकल रिकॉर्ड

निम्न तिथियों से संबंधित रिकॉर्ड: _____

रेडियोलॉजी रिपोर्ट (परीक्षण का प्रकार और तिथि की सूची): _____

रेडियोलॉजी फिल्म/तस्वीरें (परीक्षण का प्रकार और तिथि की सूची): _____

निम्नलिखित तिथियों से संबंधित जानकारी का सार (सारांश): _____

रिकॉर्ड गैर NYU Langone Health or LICH प्रदाताओं द्वारा ऊपर बताए गए प्रदाता/संस्था को भेजे गए हैं और NYU Langone Health or LICH द्वारा मेरी देखभाल में उपयोग के लिए रखे गए हैं

अन्य (उदाहरण, बिलिंग रिकॉर्ड; सहमति फॉर्म): _____

प्राधिकरण हस्ताक्षरित तिथि से एक (1) वर्ष में समाप्त हो जाएगा, जब तक कि यहां न कहा गया हो (विनिर्दिष्ट घटना या तिथि):

मेरे प्रश्नों, यदि कोई हों, का उत्तर दिया गया है। इसके अतिरिक्त, अगर NYU Langone Health and/or LICH ने मुझे इस फॉर्म को पूरा करने के लिए कहा है तो मुझे इस फॉर्म की एक प्रति दी गई है या देने को कहा है।

हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____ समय: _____ पूर्वाह्न / अपराह्न

रोगी के लिए हस्ताक्षर करने के लिए अधिकृत व्यक्ति:

यदि सहमति देने वाला व्यक्ति रोगी नहीं है, तो हस्ताक्षर करने के लिए नाम और अधिकार का प्रकार मुद्रित करें।

अनुरोध के समय सहायक दस्तावेज उपलब्ध कराए जाने चाहिए।

नाम/प्राधिकरण: _____

*ह्यूमन इम्युनोडेफिशिएंसी वायरस जो एड्स का कारण बनता है। न्यू यॉर्क स्टेट पब्लिक हेल्थ लॉ ऐसी जानकारी की सुरक्षा करता है जो उचित रूप से किसी व्यक्ति को HIV के लक्षण या संक्रमण और किसी व्यक्ति के संपर्क के बारे में जानकारी के रूप में पहचान सकती है।

केवल कार्यालय के उपयोग के लिए: MRN: _____ प्राप्त: _____ / _____ / _____ संक्षिप्त हस्ताक्षर: _____