

প্রোটেকড হেলথ ইনফরমেশন (Protected Health Information, PHI) নির্দেশাবলীর ব্যবহার ও প্রকাশের জন্য অনুমোদন

- ফর্মের প্রতিটি বিভাগ সম্পূর্ণ করুন। অসম্পূর্ণ ফর্ম গ্রহণ করা হবে না।
- যে সরবরাহকারী / স্বত্বাধিকারী (দের) কাছ থেকে আপনি রেকর্ডগুলি চাইছেন তাকে তালিকাভুক্ত করুন এবং নীচে দেওয়া চার্ট অনুযায়ী তা জমা দিন।
- যদি অ্যালকোহল / ড্রাগ ট্রিটমেন্ট, মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসা, জেনেটিক তথ্য, বা গোপন HIV- সম্পর্কিত তথ্য অন্তর্ভুক্ত করতে হয়, তাহলে প্রথম নম্বরের অধীনে প্রতিটি উপযুক্ত প্রকারের শুরুতে অন্তর্ভুক্ত করুন।
 - অ্যালকোহল বা ড্রাগ ট্রিটমেন্ট তথ্য মানে হল কোনও মাদক / ড্রাগ চিকিৎসা প্রোগ্রাম থেকে তথ্য।
 - মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার তথ্য হল মানসিক স্বাস্থ্যের রোগীদের চিহ্নিত করার জন্য ক্লিনিকাল রেকর্ড বা ক্লিনিকাল তথ্যাদি, যা নিউ ইয়র্ক স্টেট আইনের অধীনে সুরক্ষিত।
 - গোপনীয় HIV- সম্পর্কিত তথ্য মানে যে কোনও তথ্য যা দেখায় যে আপনার HIV-সম্পর্কিত পরীক্ষা করানো হয়েছে, সংক্রমণ বা অসুস্থতার (AIDS সহ), বা আপনি HIV তে উন্মীলিত হয়েছেন। এতে নেতিবাচক ফলাফল অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।
 - জেনেটিক তথ্য মানে একটি জেনেটিকাল প্রবক্তির উপস্থিতির নির্ণয় করার জন্য কোন পরীক্ষাগারে DNA প্রোফাইলের বিশ্লেষণ সহ পরীক্ষা যা জিনগত রোগ বা অক্ষমতার সাথে সম্পর্কিত।

থরচের একটি অনুমান, যদি থাকে, অনুরোধ পূর্ণ হওয়ার আগে প্রদান করা হবে।

| সাইট | ঠিকানা | টেলিফোন নম্বর |
|--|---|---|
| Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center | NYU Langone Health HIM Department ব্যক্তিগতভাবে: 550 First Avenue, Lobby, NY, NY 10016 মেইল: One Park Avenue, 3 rd Floor, NY, NY 10016 | 212-263-5490 |
| NYU Langone Orthopedic Hospital | NYU Langone Orthopedic Hospital HIM Department ব্যক্তিগতভাবে: 380 2 nd Avenue, Suite 640 NY, NY 10003 মেইল: 301 E 17 th St, NY, NY 10003 | 212-598-6790 |
| NYU Langone Hospital - Long Island | NYU Langone Hospital – Long Island HIM Department ব্যক্তিগতভাবে: Office-Main Lobby 259 First Street, Mineola, NY 11501 মেইল ভর্তি করা হচ্ছে: 200 Old Country Road, Suite 201 Mineola, NY 11501 | 516-663-2515, বিকল্প 4 |
| NYU Langone Hospital - Long Island - Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center | Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6 th Floor Mineola, NY 11501 | 516-633-8250 |
| NYU Langone Hospital-Brooklyn | NYU Langone Hospital-Brooklyn HIM Department 150 55 th Street Brooklyn, NY 11220 | 718-630-7125 |
| NYU Grossman School of Medicine Faculty Group Practices (FGP) | নিজ নিজ অফিসে সরাসরি | নিজ নিজ অফিসে সরাসরি যোগাযোগ করুন |
| Family Health Centers at NYU Langone | মেরিলিন ভিয়েনটোস, ডিরেক্টর এফএইচসি নেটওয়ার্ক অপারেশনস (Marilyn Vientos, Director FHC Network Operations) FHCPatientRelations@nulangone.org | নিজ নিজ অফিসে সরাসরি যোগাযোগ করুন |
| NYU Langone Hospital - Long Island Certified Home Health Agency (CHHA) | NYU Langone Hospital - Long Island – CHHA 290 Old Country Road Mineola, NY 11501 | 516-663-8000 |
| Southwest Brooklyn Dental Practice | লক্ষ্য করুন: Practice Manager 215 54 th Street Brooklyn, NY 11220 | 929-455-2099 |
| রেডিওলজি ফিল্মস / ইমেজ (Radiology Films/Images) | টিশ: 560 1st Ave, 2nd Floor, NY, NY 10006 অর্থোপেডিক হাসপাতাল (Orthopedic Hospital): 301 East 17 th St, Suite 600/6 th Floor, NY, NY 10003 FGP রেডিওলজি (Radiology): NYU Langone Health Radiology Medical Records, 650 First Avenue, 4 th Floor, NY, NY 10016 অন্যান্য স্থানে: সরাসরি ইমেজিং অধ্যয়নের অবস্থানে | টিশ: 212-263-5227 অর্থোপেডিক: 212-598-6373 FGP: 212-263-7108 অন্যান্য: নিজ নিজ অফিসে সরাসরি যোগাযোগ করুন |

| | | |
|--------------|------------------|---------------|
| রোগীর নাম | রোগীর জন্ম তারিখ | টেলিফোন নম্বর |
| রোগীর ঠিকানা | | |

আমি, বা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধিকে, অনুরোধ করছি যে আমার পরিচর্যা এবং চিকিৎসার বিষয়ে স্বাস্থ্য তথ্য এই ফর্মে দেওয়া ব্যাখ্যা অনুযায়ী প্রকাশ করা যাবে। আমি বুঝতে পারি যে:

1. **অ্যালকোহল / ড্রাগ চিকিৎসা, মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসা, জেনেটিক পরিক্ষা, এবং / অথবা গোপনীয় HIV*-সংক্রান্ত তথ্য**, আমার নির্দিষ্টভাবে অনুমোদন করা ছাড়া শেয়ার করা হবে না। নীচের আমার নামের আদ্যক্ষর স্থাপন করে, আমি বিশেষভাবে এই ফর্মে স্তাপিত করা ব্যক্তি (দের) এই ধরনের তথ্যের প্রকাশের অনুমোদন করছি।

| | |
|--|--|
| | অ্যালকোহল বা ড্রাগ ট্রিটমেন্ট তথ্য (অ্যালকোহল / ড্রাগ চিকিৎসা প্রোগ্রাম থেকে রেকর্ড) |
| | মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা তথ্য (মনোচিকিৎসার নোট ছাড়া যার জন্য একটি পৃথক অনুমোদনের প্রয়োজন) |
| | জেনেটিক পরিক্ষার তথ্য: |
| | HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য(এই তথ্যের উন্মোচনে আইনের দ্বারা প্রয়োজন হলে পুনঃপ্রকাশের নিষেধাজ্ঞা সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় বিবৃতি অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে) |

2. উপরের তালিকাভুক্ত বিশেষ ধরনের তথ্য ব্যতীত, এই অনুমোদনের কারণে শেয়ার করা তথ্য প্রাপক দ্বারা পুনরায় শেয়ার করা যেতে পারে এবং ফেডারেল বা রাষ্ট্র আইন দ্বারা তা আর সংরক্ষিত হবে না। ফেডারেল বা রাষ্ট্র আইন দ্বারা অনুমোদিত না হলে, আমি যদি HIV সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করার অনুমতি দিই, তাহলে প্রাপক আমার অনুমতি ছাড়া এই তথ্য শেয়ার করতে পারবেন না। আমি এমন ব্যক্তিদের একটি তালিকা চাইতে পারি যারা অনুমোদন ছাড়াই আমার HIV সম্পর্কিত তথ্য পেতে বা ব্যবহার করতে পারে। যদি আমি HIV সংক্রান্ত তথ্যের উন্মোচনে বা প্রকাশের কারণে বৈশম্য অনুভব করি, তাহলে আমি (212) 480-2493 নম্বরে নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিভিশন অফ হিউম্যান রাইটস অথবা (212) 306-7450 নম্বরে নিউ ইয়র্ক সিটি কমিশন অফ হিউম্যান রাইটস এ যোগাযোগ করতে পারি। আমার অধিকার রক্ষা করার জন্য এই সংস্থাগুলি দায়ী।
3. প্রদানকারী / সত্বে কে যাদের কাছে আমি ফর্মটি জমা দিয়েছি, লিখিত ভাবে জানিয়ে আমি এই অনুমোদন প্রত্যাহার করতে পারি (নির্দেশনা পৃষ্ঠায় তালিকাভুক্ত ঠিকানাতে)। NYU Langone Health ইতিমধ্যে এই অনুমতির উপর যতখানি নির্ভরশীল হয়েছে সেটা বাদে এই প্রত্যাহার কার্যকরী হবে।
4. এই অনুমোদনে সই করা স্বেচ্ছাধীন। NYU Langone Health সীমিত পরিস্থিতি বাদে এই অনুমোদনে আমার স্বাক্ষর বা প্রত্যাহারের উপর ভিত্তি করে আমার চিকিৎসায় সুবিধা, পেমেন্ট, স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় তালিকাভুক্তিকরণ, বা যোগ্যতার শর্তাবলি কে নির্ধারণ করা যাবে না।
5. যদি আমি আসল রেডিওলজি ফিল্মের জন্য অনুরোধ করি, তাহলে আমি বুঝব যে NYU Langone Health কাছে কোনও ফিল্মের (এ্যনালগ) কপি বিদ্যমান নেই। আমি আমার ইমেজিং রেকর্ডের রক্ষণাবেক্ষণের জন্য সব দায়িত্ব থেকে NYU Langone Health কে মুক্ত করছি।

প্রদানকারী/সত্তার নাম এবং ঠিকানা যাকে আপনি তথ্য প্রকাশ করতে চান (নির্দেশ পৃষ্ঠা দেখুন):

NYU LANGONE HEALTH

তথ্য প্রকাশের উদ্দেশ্য:

- আমার অনুরোধে পরিচর্যার ধারাবাহিকতা
- অন্যান্য(অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন, যদি কোনো সরকারি সুবিধা বা কর্মসূচির জন্য তৎসহ) : _____

এই তথ্যের প্রাপ্তি করছেন যে ব্যক্তি:

- স্বয়ং অন্যান্য (নাম; পিক আপের জন্য প্রয়োজনীয় ID): _____

ফর্ম / বিন্যাস (ফি প্রযোজ্য হতে পারে; প্রকাশ করার পূর্বে একটি অনুমান প্রদান করা হবে):

- ডাকযোগে পেপারটি পাঠান: _____
- পিক আপ, পেপার MyChart (60 দিনের জন্য ডাউনলোডের জন্য উপলব্ধ)
- ফ্যাক্স (নম্বর): _____ CD/DVD USB
- সিকিওর ইমেল(30 দিনের জন্য অ্যাক্সেস / ডাউনলোডের জন্য উপলব্ধ): _____
- অন্যান্য: _____

যে তথ্য প্রকাশিত হবে তার বিবরণ:

- উপরে নির্দেশিত প্রদানকারী/সত্তা থেকে সম্পূর্ণ মেডিকেল রেকর্ড
- নিম্নলিখিত তারিখগুলি সম্পর্কিত রেকর্ড: _____
- রেডিওলজি রিপোর্টগুলি (পরীক্ষার প্রকার এবং তারিখ তালিকাভুক্ত করুন): _____
- রেডিওলজি ফিল্মস/ ইমেজগুলি (পরীক্ষার প্রকার এবং তারিখ তালিকাভুক্ত করুন) : _____
- নিম্নলিখিত তারিখগুলির সাথে সম্পর্কিত তথ্যের অ্যাবস্ট্রাক্ট (সারাংশ): _____
- NYU Langone Health প্রদানকারি দ্বারা উপরে উল্লিখিত সরবরাহকারী/ সত্তা কে পাঠানো রেকর্ডস এবং আমার পরিচর্যায় ব্যবহারের জন্য NYU Langone Health এর কাছে রাখা
- অন্যান্য (উদাঃ, বিলিং রেকর্ড; সম্মতি ফর্ম): _____

স্বাক্ষরিত তারিখ থেকে এক (1) বছর পর্যন্ত অনুমোদন বিদ্যমান থাকবে, যদি না এখানে উল্লেখ করা থাকে (নির্দিষ্ট ঘটনা বা তারিখ): _____

আমার প্রশ্নের, যদি থেকে থাকে, উত্তর দেওয়া হয়েছে। এছাড়াও, যদি আমাকে NYU Langone Health আমাকে এই ফর্মটি পূরণ করার জন্য বলে এই ফর্মের একটি অনুলিপি আমাকে প্রদত্ত করা হয়েছে বা প্রদান করা হয়েছে।

| |
|---|
| স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____ সময়: _____ AM/PM (রোগীর বা সাইন করার জন্য অনুমোদিত ব্যক্তি) যদি সম্মতি প্রদানকারী ব্যক্তি রোগী না হন, তাহলে স্বাক্ষর করার জন্য নাম এবং কর্তৃপক্ষের ধরন প্রিন্ট করুন অনুরোধের সময় সহযোগী নথিপত্র প্রদান করতে হবে নাম/কর্তৃপক্ষ: _____ |
|---|

*হিউম্যান ইমিউনো-ডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস যা AIDS এর কারণ। নিউইয়র্ক স্টেট পাবলিক হেলথ আইন এমন তথ্যের রক্ষণাবেক্ষণ করে যা যুক্তিসঙ্গতভাবে HIV'র লক্ষণ বা সংক্রমণ থাকা কোনও ব্যক্তি কে সনাক্ত করতে পারে এবং ওই ব্যক্তির পরিচিতি সম্পর্কে তথ্য জানাতে পারে।

শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য: MRN _____ গৃহীত: _____ / _____ / _____ আদ্যাক্ষর : _____