

इंटरबोरो RHIO सूचित सहमति फॉर्म

Hindi

<p>इंटरबोरो RHIO के माध्यम से आपकी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं जारी करने के लिए प्राधिकृत स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाताओं का नाम और/या सामान्य पदनाम। यह फॉर्म, इस फॉर्म के पीछे खंड 3 में वर्णित स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाताओं के सामान्य पदनाम तथा “सूचना के स्रोत” (सामूहिक रूप से “जारीकर्ता HP”) नामक संलग्न प्रलेख में सूचीबद्ध स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाताओं को इंटरबोरो RHIO के माध्यम से मेरी स्वास्थ्य सूचनाएं प्रकट करने के लिए प्राधिकृत करता है। सूचना के स्रोतों की सूची समय-समय पर परिवर्तित हो सकती है तथा वर्तमान में जारीकर्ता HP सूचीबद्ध करने के अलावा, यह सूची आपको इस बारे में अनुदेश प्रदान करती है कि किसी भी समय जारीकर्ता HP की अद्यतन सूची कैसे प्राप्त करें।</p>	<p>रोगी का नाम</p> <p>पता</p> <p>जन्मतिथि/MR#</p>
<p>इंटरबोरो RHIO के माध्यम से आपकी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं प्राप्त करने के लिए प्राधिकृत स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाता (प्रदाताओं) का नाम/पता (“अक्सेसिंग HP”)</p>	

सहमति फॉर्म का उद्देश्य। यह फॉर्म आपको यह निर्णय लेने में समर्थ बनाता है कि क्या जारीकर्ता HP, इंटरबोरो क्षेत्रीय स्वास्थ्य सूचना संगठन (“इंटरबोरो RHIO”) के माध्यम से इस फॉर्म में यथावर्णित आपकी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं जारी कर सकता है। इंटरबोरो RHIO लाभ न कमाने वाला एक स्वास्थ्य सूचना एक्सचेंज (HIE) है। HIE ऐसे स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाताओं (“HP”) में स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं को इलेक्ट्रॉनिक रूप से साझा करने में सहायता करते हैं जिनके पास उभयनिष्ठ रोगी होते हैं। HP अपने रोगियों के बारे में अन्य HP जो उन्हीं रोगियों का उपचार करते हैं, को स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं जारी करने के लिए इंटरबोरो RHIO का प्रयोग करते हैं। HP, अन्य HP तथा स्वास्थ्य सूचना स्रोतों, जिनके पास एक समान रोगी होते हैं, से स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं अक्सेस करने के लिए भी इंटरबोरो RHIO का प्रयोग करते हैं। आपकी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं जारी करने एवं वहाँ तक पहुँचने के लिए इंटरबोरो RHIO का प्रयोग करने से HP के लिए आपको सुरक्षित एवं कारगर परिचर्या प्रदान करना आसान हो सकता है। इस प्रकार की साझेदारी को स्वास्थ्य सूचना प्रौद्योगिकी या ई-हेल्थ कहा जाता है। न्यूयार्क राज्य में ई-हेल्थ के बारे में अधिक जानकारी प्राप्त करने के लिए, आप “बेहतर सूचना का मतलब बेहतर परिचर्या होता है” नामक पुस्तिका पढ़ सकते हैं। आप इस पुस्तिका की अपने प्रदाता से मांग कर सकते हैं या इसे प्राप्त करने के लिए वेबसाइट www.ehealth4ny.org देख सकते हैं।

सहमति के विकल्पों का विवरण। नीचे सहमति के दो विकल्प दिए गए हैं। यदि आप “**हाँ, मैं सहमति देता हूँ**” विकल्प चुनते हैं तो आप कह रहे हैं, “**हाँ, मैं चाहता हूँ कि जारीकर्ता HP, इस फॉर्म में यथावर्णित इंटरबोरो RHIO के माध्यम से ऊपर सूचीबद्ध अक्सेसिंग HP को मेरी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं इलेक्ट्रॉनिक रूप से जारी करे।**” यदि आप “**हाँ, मैं सहमति नहीं देता हूँ**” विकल्प चुनते हैं तो आप कह रहे हैं, “**नहीं, मैं नहीं चाहता कि जारीकर्ता HP, इस फॉर्म में यथावर्णित इंटरबोरो RHIO के माध्यम से ऊपर सूचीबद्ध अक्सेसिंग HP को मेरी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं इलेक्ट्रॉनिक रूप से जारी करे, भले ही कोई चिकित्सा आपातकाल मौजूद हो।**” आपकी सहमति पूरी तरह स्वेच्छिक है। इस फॉर्म पर अपनी सहमति देने या न देने से स्वास्थ्य परिचर्या एवं उपचार तक आपकी पहुंच प्रभावित नहीं होगी। यह फॉर्म अभी या किसी बाद की तारीख को भरा जा सकता है। कृपया किसी संलग्नक समेत इस फॉर्म के मुख्य एवं पृष्ठ भाग को ध्यान से पढ़ें तथा अपने विकल्पों पर विचार करें। याद रखें, यदि आप इस फॉर्म को भरने का चयन करते हैं तो आपके पास केवल दो विकल्प हैं।

सहमति के विकल्प (केवल एक चुनें)।

- मैं आपातकालीन परिचर्या समेत मुझे कोई स्वास्थ्य परिचर्या सेवा प्रदान करने के सिलसिले में इंटरबोरो RHIO के माध्यम से अक्सेसिंग HP के लिए इलेक्ट्रॉनिक रूप से अपनी सभी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं जारी करने हेतु जारीकर्ता HP को सहमति देता हूँ। **कृपया नोट करें:** यह सहमति इस बात की गारंटी नहीं देती कि आपकी सभी सूचनाएं अक्सेसिंग HP को इंटरबोरो RHIO के माध्यम से जारी की जाएंगी।
- मैं किसी प्रयोजन के लिए, यहां तक कि चिकित्सा आपातकाल में भी इंटरबोरो RHIO के माध्यम से अक्सेसिंग HP को इलेक्ट्रॉनिक रूप से अपनी किसी स्वास्थ्य संबंधी सूचना जारी करने के लिए जारीकर्ता HP को सहमति देने से मना करता हूँ। **कृपया नोट करें:** जब तक आप इस खाने पर निशान नहीं लगाते, न्यूयार्क राज्य का कानून आपातकाल में आपका उपचार करने वाले लोगों को आपके चिकित्सा अभिलेखों तक पहुँचने की अनुमति देता है, जिसमें ऐसे अभिलेख शामिल हैं जो इंटरबोरो RHIO के माध्यम से उपलब्ध हैं।

सहमति वापस लेना। यदि आप इस फॉर्म के माध्यम से सहमति देते हैं परंतु बाद में निर्णय लेते हैं कि आप अपनी सहमति वापस लेना चाहते हैं तो आप किसी भी समय ऐसा कर सकते हैं। अपनी सहमति वापस लेने के दो तरीके हैं। पहला, किसी भी समय आप सहमति वापसी फॉर्म पर हस्ताक्षर कर सकते हैं तथा इसे इंटरबोरो RHIO को लौटा सकते हैं। दूसरा, आप किसी भी समय एक नया RHIO सहमति फॉर्म भरकर तथा हस्ताक्षर करके भी अपनी सहमति के विकल्पों को परिवर्तित कर सकते हैं। आप इन फॉर्मों को इंटरबोरो RHIO की वेबसाइट www.interbororhio.org पर या 718-334-5844 पर कॉल करके प्राप्त कर सकते हैं। **कृपया नोट करें:** जिस सीमा तक इस फॉर्म तथा लागू राज्य एवं संघीय कानून द्वारा अनुमत होगा, HP एवं अन्य सूचना स्रोत इस सहमति के प्रभावी होने के दौरान आपकी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं को जारी कर सकते हैं, वहाँ तक पहुँच सकते हैं, नकल कर सकते हैं और/या अपने स्वयं के चिकित्सा अभिलेखों में शामिल कर सकते हैं। भले ही आप बाद में अपनी सहमति वापस लेने का निर्णय लेते हैं, HP से अपने अभिलेखों से आपकी सूचनाओं को हटाने की अपेक्षा नहीं की जाती है।

सहमति की शर्त। जब तक आप इसे वापस नहीं लेते हैं, आपकी सहमति नीचे आपके हस्ताक्षर की तिथि से दस (10) वर्ष या जब इंटरबोरो RHIO प्रचालन बंद कर दे या आपकी मृत्यु के छः (6) माह बाद, जो भी पहले हो, समाप्त होगी।

रोगी या रोगी के कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

तारीख

कानूनी प्रतिनिधि का स्पष्ट नाम (यदि लागू हो)

कानूनी प्रतिनिधि का रोगी से रिश्ता (यदि लागू हो)

आपकी सहमति: इसका क्या अर्थ है। इस खंड की सूचनाओं को पढ़ना एवं समझना आपके लिए बहुत महत्वपूर्ण है, क्योंकि यह आपको बताता है कि सहमति के आपके विकल्प का क्या मतलब है, आपकी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं को कौन देख सकता है और कौन नहीं तथा आप किन सूचनाओं को साझा करने के लिए सहमत हो रहे हैं।

- 1. आपकी स्वास्थ्य सूचनाएं जारी करने एवं उन तक पहुँचने का प्रयोजन।** जब तक राज्य एवं संघीय कानून द्वारा अन्यथा अनुमत न हो, आपकी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य सूचनाओं को केवल निम्नलिखित कारणों से जारी एवं अक्सेस किया जाएगा:
 - आपको चिकित्सा एवं संबद्ध सेवाएं प्रदान करने के लिए
 - यदि आप अपनी स्वास्थ्य परिचर्या का भुगतान करने के लिए अपने बीमा का प्रयोग करने का इरादा रखते हैं तो यह जांच करने के लिए क्या आपके पास बीमा कवरेज है तथा इसके अंतर्गत क्या शामिल है।(कृपया नोट करें: आप इस सहमति फॉर्म में जो विकल्प चुनते हैं वह किसी स्वास्थ्य बीमाकर्ता को यह निर्णय करने के प्रयोजनार्थ आपकी सूचनाओं तक पहुँचने की अनुमति नहीं देता है कि वह आपको स्वास्थ्य बीमा दे या आपके बिलों का भुगतान करे या नहीं। आप एक अलग सहमति फॉर्म में वह विकल्प दे सकते हैं जिसका स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं को अवश्य प्रयोग करना चाहिए)।
- 2. आपके बारे में किस प्रकार की सूचनाएं शामिल की जाती हैं** यदि आप सहमति देते हैं तो जारीकर्ता HP इस फॉर्म में यथावर्णित इंटरबोरो RHIO के माध्यम से अक्सेसिंग HP को आपकी सभी उपलब्ध इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं जारी कर सकते हैं। इसमें इस सहमति फॉर्म की तिथि के पहले एवं बाद में तैयार की गई सूचनाएं शामिल हैं। आपकी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं में निम्नलिखित शामिल हो सकते हैं: चिकित्सा अभिलेख तथा अन्य संबद्ध चिकित्सा सूचनाएं, जैसे कि आपकी बीमारियों या चोटों का इतिहास (जैसे डायबिटीज या अस्थि भंग), जांच के परिणाम (जैसे एक्सरे या रक्त जांच) तथा ऐसी दवाओं की सूची जो आपने ली हैं; अन्य प्रदाताओं से प्राप्त सूचनाएं; वैयक्तिक एवं निजी सूचनाएं जिनका प्रयोग आपकी पहचान करने के लिए किया जा सकता है; आप एवं आपके परिवार के बारे में सूचनाएं तथा वित्तीय/विल संबंधी सूचनाएं। कृपया सजग रहें कि आपकी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं संवेदनशील स्वास्थ्य स्थितियों से संबंधित हो सकती हैं जिसमें निम्नलिखित शामिल हैं लेकिन इतने तक ही सीमित नहीं है: **जन्म नियंत्रण एवं गर्भपात (परिवार नियोजन); आनुवंशिक (वंशानुगत) रोग या परीक्षण जिसमें प्रवृत्ति आनुवंशिक परीक्षण सूचनाएं शामिल हैं; HIV/AIDS; मानसिक बीमारियां; मानसिक पश्चता एवं विकासत्मक अपंगताएं; और पदार्थ दुरुपयोग (औषधि एवं अल्कोहल के प्रयोग की समस्याएं); संचारी रोग जिसमें यौनाचार से फैलने वाली एवं रतिज बीमारियां शामिल हैं; तथा कैंसर**
- 3. आपके बारे में स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं कहां से आती हैं।** आपके बारे में सूचनाएं ऐसे सभी स्थानों से आती हैं जिन्होंने आपको चिकित्सा परिचर्या (या संबद्ध सेवाएं) या स्वास्थ्य बीमा (“सूचना के स्रोत”) प्रदान किया है या प्रदान करेंगे तथा इंटरबोरो RHIO के संबद्ध प्रदाता हैं। संबद्ध प्रदाताओं में इंटरबोरो RHIO के प्रतिभागी HP तथा अन्य HIE के प्रतिभागी HP शामिल हैं जिन्होंने स्वास्थ्य सूचनाओं के इलेक्ट्रॉनिक आदान-प्रदान में सहायता करने के लिए इंटरबोरो RHIO के साथ करार किया है। HP में शामिल हैं – अस्पताल; चल क्लीनिक; नैदानिक उपचार केंद्र; चिकित्सक; दंत-चिकित्सक; पोडियाट्रिस्ट; स्वास्थ्य बीमाकर्ता, फार्मसी; नैदानिक प्रयोगशालाएं; नर्सिंग होम; संघीय रूप से सहायता प्राप्त पदार्थ दुरुपयोग कार्यक्रम समेत मानसिक हाइजीन सुविधाकेंद्र; सुधारक सुविधाओं में चिकित्सा प्रदाता, स्वास्थ्य एवं मानव सेवा संगठनों एवं समुदाय आधारित उपचार संगठनों में चिकित्सा प्रदाता; गृह स्वास्थ्य एजेंसियां तथा मेडिकैड कार्यक्रम। इस फॉर्म के साथ इंटरबोरो RHIO के माध्यम से सुगम्य स्वास्थ्य सूचना स्रोतों की सूची संलग्न है। आपको सूचना दिए बिना सूची में परिवर्तन हो सकता है। सूचना के विभिन्न स्रोतों को सूचीबद्ध करने के अलावा, यह सूची आपको इस बारे में अनुदेश प्रदान करती है कि अपने प्रदाता एवं इंटरबोरो RHIO से सूचना के स्रोतों की नवीनतम सूची कैसे प्राप्त करें।
- 4. यदि आप सहमति देते हैं तो आपके बारे में सूचनाओं तक कौन पहुँच सकता है।** अक्सेसिंग HP से केवल निम्नलिखित वे लोग जिनको आपने इस फॉर्म के आवरण पृष्ठ पर नामांकित किया है, आपके बारे में सूचनाओं तक पहुँच सकते हैं तथा प्राप्त कर सकते हैं: डॉक्टर एवं अन्य स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाता जो चिकित्सा स्टाफ में काम करते हैं जो आपकी चिकित्सा परिचर्या में शामिल हैं; स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाता जो इन डॉक्टरों को कवर कर रहे हैं या उन्हें बुलाते हैं तथा स्टाफ के सदस्य जो पैराग्राफ एक में यथावर्णित इस सहमति फॉर्म द्वारा अनुमत कार्य करते हैं।
- 5. आपकी सूचनाओं तक अनुचित पहुँच या प्रयोग के लिए दंड।** आपकी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य सूचनाओं तक अनुपयुक्त पहुँच या प्रयोग के लिए दंड हैं। यदि आपको विश्वास है कि किसी ने अनुचित रूप से आपकी स्वास्थ्य सूचनाएं प्राप्त की हैं या उन तक पहुँचा है तो कृपया इंटरबोरो RHIO की वेबसाइट देखें: www.interbororhio.org; या NYS स्वास्थ्य विभाग को 877-690-2211 पर काल करें।
- 6. सूचनाओं का पुनः प्रकटन** आपके बारे में जारी की गई या अक्सेस की गई स्वास्थ्य संबंधी किसी सूचना को अक्सेसिंग HP द्वारा अन्यों को केवल राज्य एवं संघीय कानूनों एवं विनियम द्वारा अनुमत सीमा तक पुनः प्रकट किया जा सकता है। यह आपकी ऐसी स्वास्थ्य सूचनाओं के बारे में भी सच है, जो कागजी रूप में मौजूद हैं। कुछ राज्य एवं संघीय कानून कुछ प्रकार की स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं के लिए विशेष सुरक्षा प्रदान करते हैं जिसमें निम्नलिखित से संबंधित सूचनाएं शामिल हैं: (i) स्वास्थ्य स्थिति संबंधी आपका मूल्यांकन, उपचार या जांच; (ii) HIV/AIDS; (iii) मानसिक रोग; (iv) मानसिक पश्चता एवं विकासत्मक अपंगताएं; (v) पदार्थ दुरुपयोग; (vi) प्रवणता आनुवंशिक परीक्षण। जब भी लोग इस प्रकार की स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं प्राप्त करते हैं, उनकी विशेष अपेक्षाओं का पालन अवश्य किया जाए। आपकी सहमति द्वारा यथा अनुमत आपकी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं की किसी हिस्सेदारी में इन अपेक्षाओं का अनुपालन अवश्य होना चाहिए।
- 7. फॉर्म की प्रतिलिपि।** इस पर हस्ताक्षर करने के बाद आप इस सहमति फॉर्म की एक प्रतिलिपि प्राप्त करने के पात्र हैं।