

ইন্টারবরো আরএইচআইও সম্মতি প্রত্যাহারপত্র

Bengali

রোগী সম্পর্কিত তথ্য		অনুগ্রহ করে ইংরেজিতে স্পষ্টাক্ষরে লিখুন এবং সবগুলো ঘর পূরণ করুন	
রোগীর নাম (প্রথম, মধ্য ও শেষ নাম উল্লেখ করুন)	রোগীর জন্মতারিখ	লিঙ্গ	
রোগীর বর্তমান ঠিকানা			
স্ট্রিট:	সিটি:	স্টেট:	জিপি কোড:
রোগীর প্রাক্তন ঠিকানা			
স্ট্রিট:	সিটি:	স্টেট:	জিপি কোড:
ফোন নম্বর	ই-মেইল ঠিকানা		

- আপনি আগে "ইন্টারবরো আরএইচআইও সম্মতিপত্র" স্বাক্ষর করেছিলেন যা দ্বারা ইন্টারবরো আরএইচআইও-এর মাধ্যমে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য পাওয়ার জন্য একটি স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (হেলথকেয়ার প্রোভাইডার, "এইচপি")-কে অনুমতি দিয়েছিলেন। আপনি সেই সম্মতি প্রত্যাহার (বাতিল) করতে চান।
- ইন্টারবরো আরএইচআইও-এর সিস্টেমে এই সম্মতি প্রত্যাহারপত্রটি নথিভুক্ত না করা পর্যন্ত সম্মতি প্রত্যাহারের প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হবে না। এই সম্মতি প্রত্যাহারপত্র সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকলে, ইন্টারবরো আরএইচআইও-এর একজন কর্মী আপনার সাথে যোগাযোগ করবেন।
- এই সম্মতি প্রত্যাহারপত্রে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আপনি নিচে উল্লিখিত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদেরকে যে কোনো উদ্দেশ্যে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য ইন্টারবরো আরএইচআইও-এর মাধ্যমে পাওয়ার ক্ষেত্রে সম্মতি দিতে অস্বীকার করছেন, এমনকি মেডিকেল ইমার্জেন্সি থাকলেও।

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী সম্পর্কিত তথ্য	অনুগ্রহ করে ইংরেজিতে স্পষ্টাক্ষরে লিখুন এবং সবগুলো ঘর পূরণ করুন
ইন্টারবরো আরএইচআইও-এর মাধ্যমে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য পাওয়ার ক্ষেত্রে এখন থেকে আর অনুমোদিত নয় এমন স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের(গুলোর) নাম (যেমন, হাসপাতালের নাম বা প্র্যাকটিসের নাম)	
স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের ঠিকানা	

* ইন্টারবরো আরএইচআইও-তে অংশগ্রহণকারী সবগুলো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের ক্ষেত্রে সম্মতি প্রত্যাহার করার জন্য, উপরের ঘরগুলোতে "সবগুলো" নির্দেশ করুন

- ইন্টারবরো আরএইচআইও-এর সম্মতি সমগ্র প্রতিষ্ঠানের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হয়। এই সম্মতি প্রত্যাহারপত্রে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আপনি উপরে উল্লিখিত এইচপি-এর অধীনে কর্মরত সকল চিকিৎসা কর্মী ও কর্মী সদস্যকে যে কোনো উদ্দেশ্যে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য ইন্টারবরো আরএইচআইও-এর মাধ্যমে পাওয়ার ক্ষেত্রে সম্মতি দিতে অস্বীকার করছেন, এমনকি মেডিকেল ইমার্জেন্সি থাকলেও।
- এই সম্মতি প্রত্যাহারপত্রটি শুধুমাত্র উপরে উল্লিখিত এইচপি-এর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে (যদি না আপনি "সবগুলো" নির্দেশ করেন) এবং ইন্টারবরো আরএইচআইও-তে অংশগ্রহণকারী অন্য কোনো প্রোভাইডারের জন্য প্রদত্ত সম্মতির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে না।
- আপনার সম্মতি বহাল থাকাকালীন সময়ে উপরে উল্লিখিত এইচপি হয়তো ইন্টারবরো আরএইচআইও-এর মাধ্যমে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য দেখেছেন এবং হয়তো আপনার তথ্য কপি করেছেন বা তাদের মেডিকেল রেকর্ডে অন্তর্ভুক্ত করেছেন। যদিও আপনি আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করার সিদ্ধান্ত নিয়েছেন, কিন্তু তারা এই তথ্য ফেরত দিতে বা এগুলো তাদের রেকর্ড থেকে অপসারণ করতে বাধ্য নন।

আমি উপরে উল্লিখিত এইচপি-এর জন্য ফাইলে থাকা সম্মতি পরিবর্তন করতে চাই এবং এই এইচপি'র জন্য সম্মতি প্রত্যাহার করতে চাই যাতে তারা যে কোনো উদ্দেশ্যে আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত ইলেক্ট্রনিক তথ্য ইন্টারবরো আরএইচআইও-এর মাধ্যমে পেতে না পারে, এমনকি মেডিকেল ইমার্জেন্সি থাকলেও।

রোগী অথবা রোগীর আইনসম্মত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

রোগীর আইনসম্মত প্রতিনিধির নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)

রোগীর সাথে আইনসম্মত প্রতিনিধির সম্পর্ক (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)

ফেরত দেয়ার জন্য নির্দেশনা: অনুগ্রহ করে এই সম্মতি প্রত্যাহারপত্রটি প্রিন্ট করুন, পূরণ করুন, এবং নিচে উল্লিখিত যে কোনো একভাবে ইন্টারবরো আরএইচআইও-এর কাছে ফেরত পাঠান:

ফ্যাক্সের মাধ্যমে: 646-998-8060 | ডাকযোগে: Interboro RHIO, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380