

INTERBORO RHIO सहमति वापस लेने का प्रपत्र

Hindi

रोगी संबंधी सूचना		कृपया स्पष्ट रूप से अंग्रेजी में लिखें और सभी खाने भरें	
रोगी का नाम (प्रथम, मध्य और अंतिम नाम शामिल करें)	रोगी की जन्मतिथि	लिंग	
रोगी का वर्तमान पता			
गली:	शहर:	राज्य:	जिप कोड:
रोगी का पुराना पता			
गली:	शहर:	राज्य:	जिप कोड:
फोन नंबर	ईमेल पता		

- आपने पहले एक "Interboro RHIO सूचित सहमति प्रपत्र" पर हस्ताक्षर करके किसी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता ("HP") को Interboro RHIO के माध्यम से अपनी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं देखने के लिए प्राधिकृत किया था। आप वह सहमति वापस लेना (रद्द करना) चाहते हैं।
- जब तक Interboro RHIO के सिस्टम में यह सहमति वापस लेने का प्रपत्र दर्ज नहीं होगा, तब तक सहमति वापस लेने की प्रक्रिया पूरी नहीं होगी। यदि इस सहमति वापस लेने के प्रपत्र के संबंध में आपके कोई प्रश्न हों, तो Interboro RHIO का कोई सदस्य आपके संपर्क में रहेगा।
- सहमति वापस लेने के इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करके, आप निम्नलिखित देखभाल प्रदाता (ओं) को किसी भी प्रयोजन से, यहां तक कि चिकित्सीय आपातकाल में भी Interboro RHIO के माध्यम से अपनी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं देखने से मना कर रहे हैं:

स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता की सूचनाएं	कृपया स्पष्ट रूप से अंग्रेजी में लिखें और सभी खाने भरें
उस (उन) स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता संगठन (नों) के नाम, जो अब Interboro RHIO के माध्यम से आपकी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं प्राप्त करने के लिए प्राधिकृत नहीं हैं (उदाहरण के लिए, अस्पताल का नाम या प्रैक्टिस का नाम)	
स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता संगठन का पता	

* Interboro RHIO में शामिल सभी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं से सहमति वापस लेने के लिए, ऊपर के बॉक्सों में "सभी" इंगित करें

- Interboro RHIO सहमति संपूर्ण संगठन पर लागू होती है। सहमति वापस लेने के इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करके, आप उन सभी प्रदाताओं को जो ऊपर सूचीबद्ध HP के मेडिकल स्टाफ या स्टाफ के सदस्यों के लिए काम करते हैं, किसी भी प्रयोजन से, यहां तक कि चिकित्सीय आपातकाल में भी Interboro RHIO के माध्यम से अपनी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं देखने से मना कर रहे हैं।
- सहमति वापस लेने का यह प्रपत्र केवल ऊपर सूचीबद्ध HP पर लागू होता है (जब तक आपने 'सभी' इंगित न किया हो) तथा यह Interboro RHIO के किसी और प्रतिभागी प्रदाता को दी गयी सहमति पर लागू नहीं होता।
- हो सकता है ऊपर सूचीबद्ध HP, आपकी सहमति के प्रभावी रहने के दौरान Interboro RHIO के माध्यम से आपकी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं देख चुके हों और उनकी प्रतिलिपि बना चुके हों अथवा चिकित्सा अभिलेखों में आपकी सूचनाएं शामिल कर चुके हों। यद्यपि आप अपनी सहमति वापस लेने का निर्णय कर चुके हैं, फिर भी उनसे ये सूचनाएं वापस करने अथवा उनके अभिलेखों से हटाने की अपेक्षा नहीं की जाती।

मैं ऊपर सूचीबद्ध HP के लिए फाइल पर सहमति की स्थिति बदलना चाहता हूँ और ऐसे HP को किसी भी प्रयोजन से, यहां तक कि चिकित्सीय आपातकाल में भी Interboro RHIO के माध्यम से अपनी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं देखने से मना करता हूँ।

रोगी या रोगी के कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

तारीख

रोगी के कानूनी प्रतिनिधि का नाम प्रिंट करें (यदि लागू हो)

कानूनी प्रतिनिधि का रोगी से रिश्ता (यदि लागू हो)

वापस करने के अनुदेश: कृपया इस फॉर्म को प्रिंट करें, भरें, और दोनों में से किसी तरीके से Interboro RHIO को वापस करें:

फैक्स: 646-998-8060 | **डाक से:** Interboro RHIO, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380