

আদর্শ INTERBORO RHIO সম্মতি ফর্ম
[NAME OF PROVIDER ORGANIZATION]

এই সম্মতি ফর্মের মাধ্যমে আপনি নির্বাচন করতে পারবেন যে [Name of Provider Organization]-কে স্টেটব্যাপী কমপিউটার নেটওয়ার্কের অংশ Interboro RHIO কর্তৃক পরিচালিত কমপিউটার নেটওয়ার্ক সংরক্ষিত আপনার চিকিৎসা বিষয়ক নথিপত্রে প্রবেশের অধিকার দেওয়া হবে কি না। এর ফলে বিভিন্ন স্থান থেকে আপনার চিকিৎসা বিষয়ক রেকর্ড সেই একটি স্থানে সংগ্রহ করা যাবে যেখানে আপনি চিকিৎসা পরিচর্যা পাবেন এবং আমাদের অফিসেও ইলেকট্রনিক মাধ্যমে এই তথ্য পাওয়া যাবে।

এইভাবে ইলেকট্রনিক মাধ্যমে সংরক্ষিত আপনার স্বাস্থ্য বিষয়ক নথিপত্র দেখার এবং তাতে প্রবেশ করার অধিকার আপনি [Name of Provider Organization]-কে দেবেন কি না সে বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আপনি এই সম্মতি ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন। আপনি সম্মতি দিতে পারেন অথবা তা প্রত্যাখ্যান করতে পারেন এবং এই ফর্মটি এখন অথবা পরবর্তী কোনও তারিখেও ভর্তি করা যেতে পারে। **আপনার এই নির্বাচন কোনও ভাবে আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা পাওয়ার সামর্থ্য অথবা স্বাস্থ্য বিমার সুবিধাকে প্রভাবিত করবে না। সম্মতি দেওয়া অথবা তা প্রত্যাখ্যান করার ক্ষেত্রে আপনার নির্বাচনটি আপনাকে চিকিৎসা পরিষেবা না দেওয়ার ভিত্তি হতে পারে না।**

যদি আপনি নিচের “আমি সম্মতি দিচ্ছি” ঘরে কাটা চিহ্ন দেন, তাহলে আপনি বলছেন, “হ্যাঁ, [Name of Provider Organization]-এর যেসব কর্মী আমার পরিচর্যার কাজে যুক্ত আছেন, তাঁরা Interboro RHIO আমার চিকিৎসা সম্পর্কিত সব নথিপত্র দেখতে পারবেন এবং তাতে প্রবেশাধিকার পাবেন।”

যদি আপনি নিচের “আমি সম্মতি প্রত্যাখ্যান করছি” ঘরে কাটা চিহ্ন দেন, তাহলে আপনি বলছেন, “না, [Name of Provider Organization]-কে কোনো উদ্দেশ্যেই Interboro RHIO-এর মাধ্যমে আমার চিকিৎসা সম্পর্কিত নথিপত্রে প্রবেশাধিকার দেওয়া যাবে না।

Interboro RHIO একটি অলাভজনক সংস্থা। এই সংস্থা ইলেকট্রনিক পদ্ধতিতে এবং নিরাপদে মানুষের স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবার গুণমানের উন্নতির জন্য আদানপ্রদান করে। এই ধরনের তথ্যের আদানপ্রদানকে ehealth অথবা স্বাস্থ্য তথ্যপ্রযুক্তি (স্বাস্থ্য IT) বলা হয়। নিউ ইয়র্ক স্টেটে ehealth সম্পর্কে আরও জানতে “আরও ভাল তথ্যের অর্থ হল আরও ভাল পরিচর্যা” [Better Information Means Better Care] শীর্ষক পুস্তিকাটি পড়ুন। আপনি [Name of Provider]-কে এর জন্য অনুরোধ করতে পারেন, অথবা www.ehealth4ny.org ওয়েবসাইট-এ যেতে পারেন।

আপনার সিদ্ধান্ত নেওয়ার আগে অনুগ্রহ করে এই ফর্মের পিছনে দেওয়া তথ্য যত্নসহকারে পড়ুন।

সম্মতি দেওয়ার সময় বিকল্প নির্বাচন। আপনি এখন অথবা ভবিষ্যতে এই ফর্মটি পূরণ করতে পারেন। আপনার সামনে দু’টি বিকল্প আছে।

- আমি সম্মতি দিচ্ছি যাতে [Name of Provider Organization] আমাকে জরুরি অবস্থার পরিচর্যাসহ সব ধরনের স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবা দেওয়ার সময় Interboro RHIO-এর মাধ্যমে ইলেকট্রনিক পদ্ধতিতে সংরক্ষিত এবং আমার সম্পর্কিত সকল স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্যে প্রবেশাধিকার পায়।
- আমি সম্মতি প্রত্যাখ্যান করছি যাতে [Name of Provider Organization] Interboro RHIO এর মাধ্যমে যে কোনও উদ্দেশ্যে, এমনকী চিকিৎসা সংক্রান্ত জরুরি অবস্থাতেও, আমার স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্যে ইলেকট্রনিক মাধ্যমে প্রবেশাধিকার না পায়।

মনে রাখবেনঃ আপনি এই ঘরে কাটা চিহ্ন না দিলে নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন অনুসারে যাঁরা আপনার পরিচর্যার কাজে নিযুক্ত, তাঁরা জরুরি পরিস্থিতিতে আপনার চিকিৎসা সম্পর্কিত নথিপত্রে প্রবেশাধিকার পাবেন, যার মধ্যে আছে Interboro RHIO এর মাধ্যমে প্রাপ্ত রেকর্ডও।

রোগীর নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন

রোগীর জন্ম তারিখ

রোগী অথবা তাঁর আইনসম্মত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

রোগীর আইনসম্মত প্রতিনিধির নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন (যদি প্রযোজ্য হয়)

রোগীর আইনসম্মত প্রতিনিধির সঙ্গে সম্পর্ক
(যদি প্রযোজ্য হয়)

Interboro RHIO এ রোগী সম্পর্কিত বিস্তারিত তথ্য এবং সম্মতির প্রক্রিয়া :

1. **কীভাবে আপনার তথ্য ব্যবহৃত হবে।** ইলেকট্রনিক মাধ্যমে সংরক্ষিত আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য শুধু নিম্নলিখিত কারণে [Name of Provider Organization] কর্তৃক ব্যবহৃত হবে :

- আপনার চিকিৎসা এবং ওই সম্পর্কিত পরিষেবা দেওয়ার জন্য
- আপনার স্বাস্থ্যবিমা আছে কি না এবং তাতে কী পরিমাণ ক্ষতিপূরণ অন্তর্ভুক্ত তা পরীক্ষা করার জন্য
- সব রোগীদের যে চিকিৎসা পরিচর্যা দেওয়া হয় তার গুণমানের মূল্যায়ন এবং উন্নতিসাধনের জন্য।

মনে রাখবেন: এই সম্মতি ফর্মে আপনি যে বিকল্পটি নির্বাচন করবেন তার ফলে স্বাস্থ্যবিমাকারীরা আপনাকে স্বাস্থ্যবিমা দেওয়া যাবে কি না অথবা আপনার বিল মেটানো যাবে কি না সে বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার সময় আপনার তথ্য দেখতে পাবেন না। স্বাস্থ্যবিমাকারীদের অবশ্য ব্যবহার্য একটি পৃথক সম্মতি ফর্মে আপনি এই বিষয়ে অনুমোদন দিতে পারেন।

2. **আপনার সম্পর্কে কী ধরনের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করা হবে।** যদি আপনি সম্মতি দেন তাহলে [Name of Provider Organization] RHIO-এর মাধ্যমে ইলেকট্রনিক পদ্ধতিতে সংরক্ষিত আপনার স্বাস্থ্য বিষয়ক সব তথ্য প্রবেশাধিকার পাবে। এর মধ্যে থাকবে এই সম্মতি ফর্মের তারিখের আগে এবং পরে সৃষ্টি হয়েছে এমন তথ্য। আপনার স্বাস্থ্যের রেকর্ডের মধ্যে থাকতে পারে আপনার অসুস্থতা অথবা আঘাতের ইতিহাস (যেমন ডায়াবেটিস অথবা হাড় ভাঙা), পরীক্ষার ফলাফল (যেমন এক্স-রে অথবা রক্ত পরীক্ষা) এবং আপনি গ্রহণ করেছেন এমন ওষুধপত্রের তালিকা। এই তথ্যের সঙ্গে সেই সব স্বাস্থ্য সমস্যার সম্পর্ক থাকতে পারে যা সংবেদনশীল এবং যার মধ্যে নিম্নলিখিতগুলি অন্তর্ভুক্ত হলেও তালিকাটি এর মধ্যেই সীমিত নয় :

- মদ অথবা মাদকদ্রব্যের ব্যবহারজনিত সমস্যা
- জন্মানিয়ন্ত্রণ এবং গর্ভপাত (পরিবার পরিকল্পনা)
- জিনগত (বংশগত) রোগ অথবা পরীক্ষা
- এইচ.আই.ভি./এইডস্
- মানসিক রোগ
- যৌন সঙ্গের মাধ্যমে পরিবাহিত রোগসমূহ

3. **আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য কোথা থেকে সংগৃহীত হয়।** আপনার সম্পর্কিত তথ্য সেই সব স্থান থেকে সংগৃহীত হয় যেখানে আপনি চিকিৎসা পরিচর্যা অথবা স্বাস্থ্যবিমা পেয়েছেন ("তথ্যের সূত্র")। এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে হাসপাতাল, চিকিৎসক, ঔষধালয়, ক্লিনিক্যাল গবেষণাগার, স্বাস্থ্যবিমাকারী, মেডিকেইড (Medicaid) কর্মসূচি এবং অন্যান্য ehealth সংস্থা, যারা ইলেকট্রনিক পদ্ধতিতে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যের আদানপ্রদান করে। বর্তমানে তথ্যের সূত্রের একটি সম্পূর্ণ তালিকা ওষীপাদসাস জত্রওঙএর কাছ থেকে পাওয়া যাবে। আপনি www.interbororhio.org ওয়েবসাইট থেকে অথবা 718-334-5844 নম্বরে টেলিফোন করে Interboro RHIO সম্পর্কে অনুসন্ধান করলে যে কোনও সময় তথ্যসূত্রের একটি সাম্প্রতিকতম তালিকা পাবেন।

4. **আপনি সম্মতি দিলে কারা আপনার সম্পর্কিত তথ্য প্রবেশাধিকার পাবেন।** শুধুমাত্র নিম্নলিখিত ব্যক্তির আপনার সম্পর্কিত তথ্য প্রবেশাধিকার পাবেন: ডাক্তার এবং অন্যান্য হেলথ কেয়ার প্রোভাইডার যারা [Name of Provider Organization]-এর চিকিৎসা কর্মীর অন্তর্ভুক্ত এবং আপনার চিকিৎসা পরিচর্যার কাজে নিযুক্ত; হেলথ কেয়ার প্রোভাইডার যারা [Name of Provider Organization]-এর ডাক্তারদের সাহায্য করছেন অথবা তাঁদের সাহায্য করার জন্য অপেক্ষা করছেন; সেই সব কর্মীরা যারা উপরের প্রথম অনুচ্ছেদের বর্ণনা অনুযায়ী এই সম্মতি ফর্ম কর্তৃক অনুমোদিত কাজগুলি করেন।

5. **আপনার তথ্যে অবৈধ প্রবেশ অথবা তার অবৈধ ব্যবহার।** ইলেকট্রনিক পদ্ধতিতে সংরক্ষিত আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যে অবৈধভাবে প্রবেশ করলে অথবা তার অবৈধ ব্যবহার করলে জরিমানা হতে পারে। যদি কোনও সময়ে আপনি মনে করেন যে এমন কেউ আপনার তথ্য দেখেছেন অথবা তাতে প্রবেশাধিকার পেয়েছেন যার এই অধিকার পাওয়ার কথা নয়, তাহলে [Name of Provider Organization]-কে এই নম্বরে টেলিফোন করুন : _____; অথবা Interboro RHIO-এর ওয়েবসাইট-এ আসুন : www.interbororhio.org ; অথবা 1-877-690-2211 নম্বরে NYS ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ-কে টেলিফোন করুন।

6. **পুনঃপ্রকাশ সম্পর্কিত তথ্য।** ইলেকট্রনিক পদ্ধতিতে সংরক্ষিত আপনার সম্পর্কিত যে কোনও তথ্য অন্যদের কাছে [Name of Provider Organization] কর্তৃক শুধু সেই পরিমাণে পুনঃপ্রকাশিত হতে পারে যতটা স্টেট এবং ফেডারেল এর আইন এবং প্রবিধান দ্বারা অনুমোদিত। আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত যে তথ্য কাগজে মুদ্রিত আছে, সে সম্পর্কেও এটি সত্য। স্টেট অথবা ফেডারেল পর্যায়ের কোনও কোনও আইনে কিছু কিছু সংবেদনশীল স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যকে বিশেষ সুরক্ষা দেওয়া আছে যার অন্তর্ভুক্ত হল এইচ.আই.ভি./এইডস্ এবং মাদকদ্রব্য ও মদের নেশার চিকিৎসা। যখনই কেউ স্বাস্থ্য সম্পর্কিত এই ধরনের সংবেদনশীল তথ্য পান, তখন এই বিশেষ শর্তগুলি অবশ্যই মেনে চলতে হবে। Interboro RHIO এবং যারা Interboro RHIO-এর মাধ্যমে এই তথ্যে প্রবেশাধিকার পান, তাঁরা অবশ্যই এই শর্তগুলি পূরণ করবেন।

7. **মেয়াদ।** আপনি আপনার প্রদত্ত সম্মতি প্রত্যাহান না করা পর্যন্ত এই সম্মতি ফর্মটি কার্যকর থাকবে।

8. **সম্মতি প্রত্যাহার।** আপনি সম্মতি প্রত্যাহারের ফর্মে স্বাক্ষর করে এবং সেটিকে ওষীপাদসাস জত্রওঙকে দিয়ে আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারেন। এছাড়াও আপনি যে কোনও সময় একটি নতুন সম্মতি ফর্মে স্বাক্ষর করে আপনার সম্মতি সম্পর্কিত বিকল্পগুলির পরিবর্তন করতে পারেন। আপনি এই ফর্ম www.interbororhio.org ঠিকানায় Interboro RHIO-এর ওয়েবসাইট থেকে অথবা 718-334-5844 নম্বরে টেলিফোন করে পেতে পারেন। মনে রাখবেন: যেসব সংস্থা Interboro RHIO-এর মাধ্যমে আপনার সম্মতি কার্যকর থাকাকালীন আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যে প্রবেশ করে, তারা নিজেদের চিকিৎসা রেকর্ডে আপনার তথ্যের কপি রাখতে পারে অথবা তা অন্তর্ভুক্ত করতে পারে। যদি আপনি পরবর্তীতে সম্মতি প্রত্যাহার করার সিদ্ধান্তও নেন, তাহলেও তখন তাদের এই তথ্য ফেরত দিতে হবে না অথবা তাদের রেকর্ড থেকে তা অপসারণ করতে হবে না।

9. **ফর্ম এর কপি।** সম্মতি ফর্মে স্বাক্ষর করার পরে এর একটি কপি পাওয়ার অধিকার আপনার আছে।