INTERBORO RHIO

मॉडल INTERBORO RHIO सहमति फॉर्म
[NAME OF PROVIDER ORGANIZATION]

इस सहमति फॉर्म में, आप यह चयन कर सकते हैं कि क्या [Name of Provider Organization]को Interboro RHIO द्वारा चलाए जा रहे कम्प्यूटर नेटवर्क, जो राज्यव्यापी कम्प्यूटर नेटवर्क का एक हिस्सा है, के माध्यम से आपके चिकित्सा रिकॉर्डों तक पहुंचने दिया जाए या नहीं। इससे उन विभिन्न स्थानों पर रखे आपके चिकित्सा रिकॉर्डों को एकत्र करने में मदद मिलेगी जहां आप स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करते हैं और उन्हें इलेक्ट्रोनिक रूप से हमारे कार्यालय को उपलब्ध करा सकते हैं।

आप इस सहमति फॉर्म का उपयोग यह निर्णय लेने में कर सकते हैं कि [Name of Provider Organization] को इस प्रकार से आपके इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य रिकॉर्डों तक पहुंचने और उन्हें देखने की अनुमति दी जाए या नहीं। आप सहमति दे सकते हैं या इन्कार कर सकते हैं और यह फॉर्म अभी या बाद में किसी तारीख पर भरा जा सकता है। **आपकी पसंद स्वास्थ्य देखभाल या स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्राप्त करने की आपकी पात्रता को प्रभावित नहीं करेगी। सहमति देने या इन्कार करने की आपकी पसंद स्वास्थ्य सेवाएं देने से इन्कार का आधार नहीं बन सकती।**

यदि आप नीचे दिए गए "**मैं सहमति देता/देती हूं**" बॉक्स पर निशान लगाते हैं, तो आप कह रहे हैं "हाँ, मेरी देखभाल में शामिल [Name of Provider Organization] का स्टाफ Interboro RHIO के माध्यम से मेरे समस्त चिकित्सा रिकार्डों को देख सकता है और वहां तक पहुंच बना सकता है।"

यदि आप नीचे दिए गए "**मैं सहमति से इन्कार करता/करती हूं**" बॉक्स पर निशान लगाते है, तो आप कह रहे हैं "नहीं, किसी भी प्रयोजन से [Name of Provider Organization] को Interboro RHIO के माध्यम से मेरे चिकित्सा रिकार्डों तक पहुंच प्रदान नहीं की जा सकती।"

Interboro RHIO लाभ कमाने वाला संगठन नहीं है। यह स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार लाने के लिए इलेक्ट्रोनिक रूप से और सुरक्षित ढंग से लोगों के स्वास्थ्य के बारे में जानकारियों को साझा करता है। इस प्रकार का साझाकरण ehealth या स्वास्थ्य जानकारी तकनीकी (स्वास्थ्य आईटी) कहलाता है। न्यू यॉर्क राज्य में ehealth के बारे में अधिक जानने के लिए, "बेहतर जानकारी का अर्थ है बेहतर देखभाल" नामक पुस्तिका पढ़ें। आप इसे [Name of Provider] से मांग सकते हैं या www.ehealth4ny.org वेबसाइट पर जा सकते हैं।

कृपया निर्णय लेने से पहले इस के पिछले हिस्से पर दी गई जानकारी को ध्यानपूर्वक पढ़ें।

आपके सहमति विकल्प। आप इस फॉर्म को अभी या भविष्य में कभी भी भर सकते हैं। आपके पास दो विकल्प हैं।

- ☐ आपातकालीन देखभाल सहित मुझे किसी भी प्रकार की स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने के संबंध में Interboro RHIO के माध्यम से मेरी **समस्त** इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य जानकारियों तक **पहुंचने के लिए मैं [Name of Provider Organization] के लिए सहमति देता/देती हूँ।**

- ☐ चिकित्सा संबंधी *आपात स्थिति में भी*, किसी भी प्रयोजन के लिए Interboro RHIO के माध्यम से मेरी इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य जानकारियों तक **पहुंचने के लिए मैं [[Name of Provider Organization] के लिए सहमति से इन्कार करता/करती हूँ।**

  ध्यान दें : जब तक आप इस बॉक्स पर निशान नहीं लगाएंगे, न्यू यॉर्क राज्य कानून आपका उपचार कर रहे लोगों को आपातकाल में आपके चिकित्सा रिकॉर्डों तक पहुंचने की अनुमति प्रदान करता है, इसमें Interboro RHIO के माध्यम से उपलब्ध रिकॉर्ड भी शामिल हैं।

____________________	____________________
रोगी का नाम मुद्रित करें	रोगी की जन्म तिथि
____________________	____________________
रोगी या रोगी के कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	तारीख
____________________	____________________
कानूनी प्रतिनिधि का नाम मुद्रित करें (यदि लागू हो)	कानूनी प्रतिनिधि का रोगी से संबंध (यदि लागू हो)

Interboro RHIO में रोगी जानकारी का ब्यौरा और सहमति प्रक्रिया:

1. **आपकी जानकारी का उपयोग किस प्रकार होगा।** आपकी इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग [Name of Provider Organization] द्वारा **केवल** निम्नलिखित कारणों से किया जाएगा :

- आपको चिकित्सा उपचार एवं संबंधित सेवाएं प्रदान करने के लिए
- यह जांचने के लिए कि क्या आपके पास स्वास्थ्य बीमा है और इसके अंतर्गत क्या आता है
- सभी रोगियों को दी जाने वाली चिकित्सा देखभाल की गुणवत्ता के मूल्यांकन और सुधार के लिए।

ध्यान दें: इस सहमति फॉर्म में आपकी पसंद स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं को यह निर्णय लेने के उद्देश्य से आपकी जानकारी तक पहुंचने की अनुमति नहीं देती कि आपको स्वास्थ्य बीमा दिया जाए या आपके बिलों का भुगतान किया जाए या नहीं। आप यह पसंद एक अलग सहमति फार्म में बता सकते हैं जिसे स्वास्थ्य बीमाकर्ता उपयोग में लाएंगे।

2. **आपके बारे में किस प्रकार की जानकारीं शामिल हैं।** यदि आप सहमति देते हैं तो [Name of Provider Organization] RHIO के माध्यम से उपलब्ध आपकी सभी इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य जानकारी तक पहुंच सकता है। इसमें इस सहमति फॉर्म से पहले और बाद में तैयार की गईं जानकारी शामिल हैं। आपके स्वास्थ्य रिकॉर्ड में आपको हुई बीमारियों या लगी चोटों का इतिहास (जैसे कि मधुमेह या टूटी हड्डी), परीक्षण परिणामों (जैसे एक्स–रे या रक्त परीक्षण) और आपके द्वारा ली गईं औषधियों की सूची शामिल हो सकती है। यह जानकारी संवेदनशील स्वास्थ्य स्थितियों से संबंधित हो सकती है जिसमें निम्नलिखित शामिल हैं, पर इतने तक ही सीमित नहीं हैं :

- शराब या नशीली दवाओं के प्रयोग संबंधी समस्याएं
- संतानोत्पत्ति नियंत्रण और गर्भपात (परिवार नियोजन)
- वंशानुगत (आनुवांशिक) रोग या परीक्षण
- एचआईवी/एड्स
- मानसिक स्वास्थ्य स्थितियां
- यौन संक्रमित रोग

3. **आपके बारे में स्वास्थ्य जानकारी कहां से प्राप्त होती है।** आपके बारे में जानकारी उन स्थानों से मिलती है जिन्होंने आपको चिकित्सा देखभाल या स्वास्थ्य बीमा प्रदान किया है ("जानकारी के स्रोत")। इनमें अस्पताल, चिकित्सक, फार्मेसियां, चिकित्सा प्रयोगशालाएं, स्वास्थ्य बीमाकर्ता, चिकित्सा संबंधी कार्यक्रम और अन्य ehealth संगठन शामिल हो सकते है जो स्वास्थ्य जानकारियों की इलेक्ट्रोनिक रूप से अदला–बदली करते हैं। वर्तमान जानकारी स्रोतों की संपूर्ण सूची Interboro RHIOसे उपलब्ध है। आप किसी भी समय सूचना स्रोतों की अद्यतन सूची Interboro RHIO की वेबसाइट www.interbororhio.org पर क्लिक करके या 718-334-5844 पर कॉल करके प्राप्त कर सकते हैं।

4. **यदि आप सहमति देते हैं तो आपकी जानकारी तक किसकी पहुंच हो सकती है।** केवल ये लोग आपकी जानकारी तक पहुंच सकते हैं : डॉक्टर और अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता जो [Name of Provider Organization] के चिकित्सा स्टाफ में काम करते हैं और आपकी चिकित्सा देखभाल में शामिल हैं; स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता जो [Name of Provider Organization] के उन डॉक्टरों; एवं स्टाफ सदस्यों पर नियंत्रण रखता है और उन्हें कॉल करता है जो उपरोक्त पैरा एक में बताए गए अनुसार इस सहमति फॉर्म द्वारा अनुमति प्रदान की गई गतिविधियों को पूरा करते हैं।

5. **आपकी जानकारी तक अनुचित पहुंच या इस्तेमाल के लिए दंड।** आपकी इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य जानकारी तक पहुंच या उसके उपयोग के लिए दंड का प्रावधान है। यदि किसी भी समय आपको संदेह होता है कि कोई जिसे आपके बारे में इस जानकारी को नहीं देखना चाहिए था या यहां तक नहीं पहुंचना चाहिए था, ऐसा कर चुका है तो ___________ पर [Name of Provider Organization] को कॉल करें या Interboro RHIO की वेबसाइटः www.interbororhio.org पर जाएं; या NYS स्वास्थ्य विभाग को 877-690-2211 पर कॉल करें।

6. **जानकारी का पुनर्उद्घटन।** आपके बारे में कोई भी इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य जानकारी [Name of Provider Organization] द्वारा राज्य और संघीय नियमों एवं विनियमों द्वारा अनुमति दी गई सीमा तक ही पुनर्उद्घटित की जा सकती है। यह आपकी उस स्वास्थ्य जानकारी के बारे में भी सत्य है जो कागजी रूप में उपलब्ध है। कुछ राज्य और संघीय कानून कुछ संवेदनशील स्वास्थ्य जानकारियों के लिए विशेष सुरक्षा प्रदान करते हैं जिनमें एचआईवी/एड्स तथा नशीली दवाओं और शराब का उपचार शामिल है। लोगों को जब कभी भी इस प्रकार की संवेदनशील स्वास्थ्य जानकारीं हासिल हों तो उनकी विशेष अपेक्षाओं को पूरा किया जाना चाहिए। Interboro RHIO और उन लोगों को जो के Interboro RHIO माध्यम से इस जानकारी तक पहुंचते हैं, इन अपेक्षाओं का पालन करना चाहिए।

7. **प्रभावी अवधि।** यह सहमति फॉर्म उस दिन तक लागू रहेगा जब तक आप अपनी सहमति वापस नहीं लेते।

8. **अपनी सहमति वापस लेना।** आप सहमति फॉर्म की वापसी पर हस्ताक्षर करके और इसे Interboro RHIOको देकर किसी भी समय अपनी सहमति वापस ले सकते हैं। आप एक नए सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करके किसी भी समय अपने सहमति विकल्प को भी बदल सकते हैं। आप ये फॉर्म Interboro RHIO की वेबसाइट www.interbororhio.org पर या 718-334-5844 पर कॉल करके प्राप्त कर सकते हैं।
ध्यान दें : आपकी सहमति प्रभावी होने के दौरान, वे संगठन जो Interboro RHIO के माध्यम से आपकी स्वास्थ्य जानकारियों तक पहुंच रखते हैं, आपकी जानकारी को अपने चिकित्सा रिकॉर्डों में कॉपी या शामिल कर सकते हैं। भले ही आप बाद में सहमति वापस लेने का निर्णय लें, उनसे इसे लौटाने या अपने रिकॉर्डों से हटाने की अपेक्षा नही की जाएगी।

9. **फॉर्म की प्रति।** आप सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करने के बाद इसकी प्रति प्राप्त करने के हकदार हैं।