

स्वास्थ्य सूचना आदान-प्रदान संगठन के ज़रिए मरीज की जानकारी
तक पहुंच के लिए प्राधिकरण

न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग

मरीज का नाम	जन्मतिथि	मरीज की पहचान संख्या
मरीज का पता		

मैं इस फॉर्म पर निर्धारित किए गए रूप में अपनी देखभाल और उपचार के संबंध में स्वास्थ्य सूचना को पहुंचाने का अनुरोध करता/करती हूँ। मैं चुन सकता/सकती हूँ कि मैं Aetna Better Health of NY (MLTC) को मेरे चिकित्सा रिकॉर्ड को Healthix कहलाने वाले स्वास्थ्य सूचना आदान-प्रदान संगठन के माध्यम से पहुंच प्राप्त करने की अनुमति दूँ या न दूँ। यदि मैं सहमति देता/देती हूँ, तो मेरे चिकित्सा रिकॉर्ड पर विभिन्न स्वास्थ्य देखभाल स्थानों से राज्यव्यापी कंप्यूटर नेटवर्क को इस्तेमाल करते हुए पहुंचा जा सकता है। Healthix एक गैर-लाभकारी संगठन है जो लोगों की स्वास्थ्य सूचना को इलेक्ट्रॉनिक तौर पर शेयर करके स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता में सुधार करता है और HIPAA के सुरक्षा मानक, फेडरल गोपनीयता कानून, 42 CFR भाग 2 और न्यूयॉर्क राज्य कानून की आवश्यकताओं को पूरा करता है। अधिक जानकारी प्राप्त करने के लिए Healthix की वेबसाइट www.healthix.org पर जाएं।

इस फॉर्म में मेरे चुने गए विकल्प से चिकित्सा देखभाल प्राप्त करने की मेरी क्षमता पर कोई असर नहीं पड़ेगा। इस फॉर्म में मेरे चुने गए विकल्प से स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं को यह निर्णय लेने के लिए मेरी जानकारी तक पहुंचने की अनुमति नहीं होगी कि मुझे स्वास्थ्य बीमा कवरेज देना है या मेरे मेडिकल बिलों का भुगतान करना है या नहीं।

<p>मेरी पसंद के अनुसार सहमति। मैंने अपनी पसंद के अनुसार बायीं ओर एक बॉक्स पर निशान लगाया है। मैं इस फॉर्म को अभी या भविष्य में भर सकता/सकती हूँ। मैं किसी भी समय अपना निर्णय नया फॉर्म भरकर बदल सकता/सकती हूँ।</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. मैं स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए Healthix के ज़रिए अपनी सारी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य जानकारी तक पहुँचने के लिए Aetna Better Health of NY (MLTC) को सहमति देता/देती हूँ।</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. मैं किसी भी उद्देश्य के लिए Healthix के ज़रिए से अपनी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य जानकारी तक पहुँचने के लिए Aetna Better Health of NY (MLTC) को सहमति देने से इंकार करता/करती हूँ।</p>

यदि मैं Healthix में भागीदारी कर रहे सभी प्रदाता संगठनों और स्वास्थ्य योजनाओं के लिए Healthix के ज़रिए अपनी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य जानकारी तक पहुंचने की सहमति से इंकार करना चाहता/चाहती हूँ, तो मैं Healthix की वेबसाइट www.healthix.org पर जाकर या Healthix को 877-695-4749 पर कॉल करके यह कर सकता/सकती हूँ।

इस फॉर्म के बारे में मेरे प्रश्नों के उत्तर दिए गए हैं और मुझे इस फॉर्म की एक कॉपी उपलब्ध कराई गई है।

मरीज या मरीज के कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	तिथि
कानूनी प्रतिनिधि का नाम प्रिंट करें (यदि लागू हो)	मरीज से कानूनी प्रतिनिधि का संबंध (यदि लागू हो)

Healthix के ज़रिए प्राप्त की गई जानकारी और सहमति प्रक्रिया के बारे में विवरण:

- आपकी जानकारी को किस तरह इस्तेमाल किया जा सकता है।** आपकी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य जानकारी को **सिर्फ** नीचे दी गई स्वास्थ्य सेवाओं के लिए इस्तेमाल किया जाएगा:
 - **उपचार सेवाएं देने के लिए।** आपको चिकित्सीय उपचार और संबंधित सेवाएं प्रदान करने के लिए।
 - **बीमा पात्रता सत्यापन के लिए।** जांचने के लिए कि क्या आपका स्वास्थ्य बीमा हुआ है और यह किन चीजों को कवर करता है।
 - **देखभाल प्रबंधन गतिविधियों के लिए।** इनमें आपको उपयुक्त चिकित्सा देखभाल देने में मदद करना, आपको उपलब्ध कराई गई सेवाओं की गुणवत्ता को बेहतर बनाना, आपको उपलब्ध कराई गई कई स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के प्रावधान से तालमेल बिठाना या चिकित्सा देखभाल की योजना का पालन करने में आपकी सहायता करना शामिल है।
 - **गुणवत्ता को बेहतर बनाने की गतिविधियों के लिए।** आपको और सभी मरीजों को प्रदान की गई चिकित्सा देखभाल की गुणवत्ता के मूल्यांकन और उसे बेहतर बनाने के लिए।
- आपके बारे में किस प्रकार की जानकारी शामिल की जाती है।** अगर आप सहमति देते हैं, तो सूचीबद्ध प्रदाता संगठन Healthix के ज़रिए उपलब्ध होने वाली आपकी सभी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य जानकारी तक पहुंच सकता है। इसमें इस फॉर्म पर हस्ताक्षर किए जाने की तिथि से पहले और बाद में तैयार की गई जानकारी शामिल है। आपके स्वास्थ्य रिकॉर्ड में आपको हुई बीमारियों या अतीत में लगी चोटों की जानकारी (जैसे मधुमेह या टूटी हुई हड्डी), परीक्षण के परिणाम (जैसे एक्स-रे या रक्त परीक्षण) और आपके द्वारा ली गई दवाओं की सूची शामिल की जा सकती है। इस जानकारी में संवेदनशील स्वास्थ्य स्थितियां शामिल हो सकती हैं, जिनमें निम्नलिखित शामिल हैं, लेकिन ये इन्हीं तक सीमित नहीं हैं:
 - शराब या नशीली दवाओं के इस्तेमाल से संबंधित समस्याएं
 - जन्म नियंत्रण और गर्भपात (परिवार नियोजन)
 - आनुवंशिक (वंशानुगत) रोग या परीक्षण
 - एचआईवी/एड्स
 - मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति
 - यौन संचारित बीमारियाँ
 - दवा और खुराक
 - नैदानिक जानकारी
 - एलर्जी
 - अतीत में नशीले पदार्थ के इस्तेमाल का सारांश
 - नैदानिक टिप्पणियां
 - डिस्चार्ज का सारांश
 - रोजगार संबंधी जानकारी
 - रहने की स्थिति
 - सामाजिक सहायता
 - एनकाउंटर डेटा क्लेमस
 - लैब परीक्षण
- आपके बारे में स्वास्थ्य संबंधी जानकारी कहां से प्राप्त होती है।** आपके बारे में जानकारी आपको चिकित्सा देखभाल या स्वास्थ्य बीमा प्रदान करने वाले स्थानों से प्राप्त होती है। इनमें इलेक्ट्रॉनिक रूप से स्वास्थ्य जानकारी का आदान-प्रदान करने वाले अस्पताल, चिकित्सक, फार्मसी, नैदानिक प्रयोगशालाएं, स्वास्थ्य बीमाकर्ता, मेडिकेड कार्यक्रम और अन्य संगठन शामिल हो सकते हैं। Healthix पर पूरी वर्तमान सूची उपलब्ध है। आप किसी भी समय Healthix की वेबसाइट www.healthix.org पर जाकर या 877-695-4749 पर कॉल करके अपडेट की गई सूची प्राप्त कर सकते हैं।
- यदि आप सहमति देते हैं, तो आपकी जानकारी किसे दी जा सकती है।** जैसा कि ऊपर पैराग्राफ एक में वर्णित है, आपने जिस संगठन (संगठनों) को सहमति दी है, सिर्फ उनके डॉक्टर और अन्य स्टाफ सदस्य ही इस फॉर्म द्वारा अनुमत गतिविधियों को करने के लिए पहुंच प्राप्त कर सकते हैं।
- सार्वजनिक स्वास्थ्य और अंग खरीद संगठन की पहुंच।** मरीज की सहमति के बिना स्वास्थ्य जानकारी तक पहुंचने के लिए फेडरल, राज्य या स्थानीय सार्वजनिक स्वास्थ्य एजेंसियों और कुछ अंग खरीद संगठनों को कुछ सार्वजनिक स्वास्थ्य और अंग प्रत्यारोपण उद्देश्यों के लिए कानून द्वारा अधिकृत किया गया है। ये संस्थाएं इन उद्देश्यों के लिए Healthix के ज़रिए आपकी जानकारी तक पहुंच प्राप्त कर सकती हैं, इस बात से फर्क नहीं पड़ता कि आप सहमति दें, न दें या सहमति फॉर्म न भरें।
- आपकी जानकारी तक अनुचित पहुंच या उसे इस्तेमाल पर जुर्माना।** आपकी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य जानकारी तक अनुचित पहुंच या उसे इस्तेमाल करने के लिए जुर्माना लगाया जाएगा। यदि आपको कभी भी संदेह होता है कि जिस व्यक्ति को आपके बारे में जानकारी नहीं देखनी या मिलनी चाहिए थी, उसने ऐसा किया है, तो Aetna Better Health of NY (MLTC) को 1-800-872-3862 पर कॉल करें; या Healthix की वेबसाइट पर जाएं: www.healthix.org; या NYS स्वास्थ्य विभाग को 518-474-4987 पर कॉल करें; या नीचे दिए गए लिंक पर नागरिक अधिकारों के लिए फेडरल कार्यालय की शिकायत प्रक्रिया का पालन करें: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>

7. **सूचना का पुनः प्रकटीकरण।** कोई भी संगठन जिसे आपने अपनी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी प्राप्त करने की सहमति दी है, वह आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी का पुनः प्रकटीकरण कर सकता है, लेकिन ऐसा सिर्फ राज्य और फेडरल कानूनों और विनियमों द्वारा अनुमत सीमा तक किया जा सकता है। शराब/नशीले पदार्थ के उपचार से संबंधित जानकारी या गुप्त HIV से संबंधित जानकारी तक सिर्फ तभी पहुंचा जा सकता है और इसे सिर्फ तभी पुनः प्रकट किया जा सकता है जब इसके साथ पुनः प्रकटीकरण के निषेध के संबंध में आवश्यक कथन संलग्न किए गए हों।
8. **प्रभावी अवधि।** यह सहमति फॉर्म आपके द्वारा अपनी सहमति का विकल्प बदलने तक, मृत्यु होने पर या Healthix का संचालन बंद हो जाने तक प्रभावी रहेगा। यदि Healthix का किसी अन्य पात्र इकाई के साथ विलय हो जाता है, तो आपकी सहमति के विकल्प नई विलय वाली इकाई के साथ प्रभावी हो जाएंगे।
9. **अपने सहमति विकल्प बदलना।** आप अपने सहमति विकल्प के साथ एक नए सहमति फॉर्म को जमा करके किसी भी समय और किसी भी प्रदाता संगठन या स्वास्थ्य योजना के लिए अपनी सहमति का विकल्प बदल सकते हैं। आपकी सहमति के प्रभावी रहने के दौरान Healthix के जरिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी तक पहुंचने वाले संगठन आपकी जानकारी को अपने चिकित्सा रिकॉर्ड में कॉपी या शामिल कर सकते हैं। चाहे आप बाद में अपना सहमति निर्णय बदलने का फैसला लेते हैं, फिर भी उन्हें आपकी जानकारी को वापस करने या इसे अपने रिकॉर्ड से हटाने की जरूरत नहीं है।
10. **फॉर्म की कॉपी।** आप इस सहमति फॉर्म की एक कॉपी प्राप्त करने के हकदार हैं।