

इस प्रपत्र का प्रयोग अनुसंधान या विपणन, धनप्राप्ति या जनसंपर्क अधिकारों के लिए नहीं किया जाएगा

रोगी का नाम/पता	जन्मतिथि	रोगी का SSN
	चिकित्सा रिकॉर्ड संख्या	दूरभाष संख्या
सूचना उद्घाटित करने के लिए स्वास्थ्य प्रदाता का नाम	उद्घाटित की जाने वाली विशेष सूचना मांगी गई सूचना _____ उपचार तिथियां _____ से _____ तक	
उस व्यक्ति या शख्सियत का नाम एवं पता जिसे सूचना भेजी जाएगी	उद्घाटित की जाने वाली सूचना (यदि स्तंभ की जांच कर ली गई है तो आप उस प्रकार की सूचना उद्घाटित करने का अधिकार दे रहे हैं)। कृपया नोट करें: जब तक सारे स्तंभ जांच नहीं लिए जाएंगे, हम आपके अनुरोध पर आगे काम नहीं कर पाएंगे। <input type="checkbox"/> मदिरा और/या द्रव्य दोष कार्यक्रम सूचना <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य सूचना <input type="checkbox"/> अनुवांशिक परीक्षण सूचना <input type="checkbox"/> एचआईवी/एड्स संबंधी सूचना	
सूचना उद्घाटित करने का कारण <input type="checkbox"/> कानूनी मामला <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत अनुरोध <input type="checkbox"/> अन्य (कृपया स्पष्ट करें): _____	यह अधिकारपत्र कब समाप्त होगा ? (कृपया एक की जांच करें) <input type="checkbox"/> विषय: _____ <input type="checkbox"/> _____ : तारीख को	

मैं या मेरा अधिकृत प्रतिनिधि मेरी चिकित्सा और/या बिल संबंधी सूचना के प्रयोग या उद्घाटन को अधिकृत करते हैं जैसा कि मैंने इस प्रपत्र में उल्लेख किया है।

मुझे ज्ञात है कि यदि इस प्रपत्र में उल्लिखित प्राप्तकर्ता(ओं) से सूचना की गोपनीयता बनाए रखने की कानूनन अपेक्षा नहीं है तो मेरी चिकित्सा और/या बिल संबंधी सूचना पुनः उद्घाटित की जा सकती है और इसे संघीय स्वास्थ्य सूचना गोपनीयता विनियमों द्वारा सुरक्षित नहीं रखा जा सकता।

मुझे ज्ञात है कि यदि मेरे चिकित्सा और/या बिल संबंधी रिकॉर्ड में **मदिरा या द्रव्य दोष, अनुवांशिक परीक्षण, मानसिक स्वास्थ्य और/या गोपनीय एचआईवी/एड्स से संबंधित कोई भी सूचना** है तो इस सूचना को मेरे द्वारा निर्देशित किसी भी व्यक्ति(यों) को तब तक नहीं दिया जाए जब तक मैं इस प्रपत्र पर इस सूचना हेतु स्तंभों की जांच न कर लूँ।

मुझे ज्ञात है कि यदि मैं एचआईवी/एड्स संबंधी सूचना के प्रयोग या उद्घाटन का अधिकार दे रहा हूँ तो प्राप्तकर्ता बिना मेरी अनुमति के एचआईवी/एड्स संबंधी किसी भी सूचना का प्रयोग या पुनः उद्घाटन तब तक न करे जब तक संघ या राज्य कानून के तहत उन्हें ऐसा करने की अनुमति न हो। मुझे यह भी पता है कि मुझे ऐसे लोगों की एक सूची मांगने का अधिकार है जो बिना अधिकार के मेरी एचआईवी/एड्स संबंधी सूचना को प्राप्त या प्रयोग कर सकते हैं। यदि मुझे एचआईवी/एड्स संबंधी सूचना के प्रयोग या उद्घाटन के कारण कोई भेदभाव महसूस होगा तो मैं 212.480.2493 पर न्यूयार्क मानवाधिकार स्टेट डिवीजन [New York State Division of Human Rights] को या 212.306.7450 पर न्यूयार्क सिटी मानवाधिकार आयोग [New York City Commission of Human Rights] से सम्पर्क कर सकता हूँ। ये एजेंसियां मेरे अधिकारों की रक्षा के लिए उत्तरदायी हैं।

मुझे ज्ञात है कि मुझे इस अधिकारपत्र पर हस्ताक्षर से इन्कार का अधिकार है और यह कि यदि मैं इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर नहीं करता हूँ तो मेरी स्वास्थ्य देखभाल, मेरी स्वास्थ्य देखभाल के भुगतान और मेरे स्वास्थ्य देखभाल लाभों पर कोई बुरा असर नहीं पड़ेगा। मुझे यह भी ज्ञात है कि यदि मैं इस अधिकारपत्र पर हस्ताक्षर से इन्कार करता हूँ तो NYCHHC मेरी चिकित्सा और/या बिल संबंधी सूचना उद्घाटित करने का मेरा अनुरोध नहीं मानेगा।

मुझे ज्ञात है कि मुझे एक्सेस प्रपत्र अनुरोध [Request for Access Form] पूरा करके इस अधिकारपत्र पर उल्लिखित सूचना की एक प्रति प्राप्त करने और/या उसकी जांच पड़ताल करने के अनुरोध का अधिकार है। मुझे यह भी ज्ञात है कि इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने के पश्चात मुझे इस प्रपत्र की एक प्रति प्राप्त करने का अधिकार है।

मुझे ज्ञात है कि यदि मैंने अपने चिकित्सा और/या बिल संबंधी सूचना के प्रयोग या उद्घाटन के लिए इस अधिकारपत्र पर हस्ताक्षर कर दिए हैं तो मुझे इसे किसी भी समय वापस लेने का अधिकार है बशर्ते NYCHHC मेरे अधिकारपत्र के आधार पर पहले ही कार्रवाई न कर चुका हो या कि अधिकारपत्र को बीमा सुविधा हासिल करने के लिए एक शर्त के रूप में प्राप्त न किया गया हो।

इस अधिकारपत्र को रद्द करने के लिए, इस अनुरोध पर काम करने वाले सुविधा स्वास्थ्य सूचना प्रबंधन विभाग से संपर्क करें।

मैंने यह प्रपत्र पढ़ लिया है और मेरे सभी प्रश्नों का उत्तर दे दिया गया है। नीचे हस्ताक्षर करके मैं यह स्वीकार करता हूँ कि मैंने उपर्युक्त सब कुछ पढ़ लिया है और उन्हें स्वीकार कर लिया है।

रोगी या वैयक्तिक प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	यदि रोगी नहीं तो प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने वाले वैयक्तिक प्रतिनिधि का नाम एवं संपर्क सूचना दें
तारीख	रोगी की तरफ से काम करने के वैयक्तिक प्रतिनिधि के अधिकार का विवरण

यदि HHC ने इस अधिकारपत्र के लिए अनुरोध किया है तो रोगी या उसके वैयक्तिक प्रतिनिधि के हस्ताक्षर के पश्चात् इस प्रपत्र की प्रति उपलब्ध कराई जानी चाहिए।

(If HHC has requested this authorization, the patient or his/her Personal Representative must be provided a copy of this form after it has been signed.)

HHC USE ONLY	
Date Received:	Initials of HIM employee processing request:
Date Completed	Comments