

نیو یارک سٹی کے بچوں کے لیے رسائی کا واحد مقام: معلومات جاری کرنے کی اجازت

تاریخ پیدائش:	بچے/مریض کا نام:
---------------	------------------

میں، _____، نیو یارک سٹی محکمہ صحت و ذہنی حفظان صحت کو اپنے بچوں کے لیے رسائی کے واحد مقام (Children's Single Point of Access, CSPOA) کے ذریعے اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ میرے بچے کے بارے میں (یا میرے بارے میں، اگر میری عمر 18 سال یا اس سے زیادہ ہے) درج ذیل معلومات جاری کریں اور انہیں موصول یا ان تک رسائی حاصل کریں:

تمام تعلیمی، طبی، منشیات کے غلط استعمال کا علاج اور دماغی صحت کے معائنے، بشمول یونیورسل ریفرل فارم؛ سائیکاٹریک اور نفسیاتی جائزے؛ نفسیاتی معائنے؛ ڈسچارج رپورٹس؛ تمام کلینکل ڈیٹا؛ ایسے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کے ریکارڈ کردہ سائیکو تھراپی کے نوٹس جو دماغی صحت کا ہیلتھ پروفیشنل ہے جس کا کام نجی مشاورتی سیشن یا گروپ میں، اکٹھے یا خاندانی مشاورت کے سیشن کے دوران ہونے والی گفتگو کے مواد کی دستاویز بندی یا تجزیہ کرنا، جو ہو سکتا ہے میرے باقی طبی ریکارڈز سے الگ ہو؛ CSPOA کی زیر ملکیت یا اس کا حاصل کردہ تمام ڈیٹا؛ اور نیچے دیے گئے خانے میں دی گئی دیگر معلومات:

جاری کرنے کے لیے دیگر معلومات [اگر جاری کردہ معلومات 42 CFR Part 2 سے مشروط ہیں، تو قطعی معلومات یہاں درج کریں]:

میں CSPOA کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ میرے صحت کے منصوبے، معالج، نگہداشت صحت پروفیشنل، اسپتال، کلینک، لیبارٹری، فارمیسی، طبی مرکز یا کسی اور نگہداشت صحت فراہم کنندہ، سماجی کارکن، سماجی خدمت کی تنظیم، دماغی صحت کی خدمت کے فراہم کنندہ یا اضافی شخص (اشخاص) یا تنظیم (تنظیمیں) جو نیچے دیے گئے خانے میں درج ہیں جو میرے بچے کو یا اس کے ایما پر (یا مجھے یا میرے ایما پر، اگر میری عمر 18 سال یا اس سے زیادہ ہے) ادائیگی، علاج یا سروسز فراہم کرے گا، کو مذکورہ بالا معلومات جاری کریں اور انہیں موصول یا ان تک رسائی حاصل کریں:

معلومات جاری کرنے کے لیے دوسرے شخص (اشخاص) یا تنظیم (تنظیموں) کا نام [اگر جاری کردہ معلومات 42 CFR Part 2 سے مشروط ہیں، تو اس قطعی شخص (اشخاص) یا تنظیم (تنظیموں) اور رابطے (رابطوں) کے نام کو درج کریں جو معلومات موصول کرے گا]:

ان معلومات کی میعاد تب ختم ہو گی جب میں کالعدم کروں گا یا جب نیچے دیے خانے میں کوئی تاریخ یا ایونٹ متعین کیا گیا ہو گا۔

وہ تاریخ یا موقع جب اس اجازت کی میعاد ختم ہو گی:

یہ معلومات میری درخواست پر اور/یا خدمات کے جائزے، اہلیت کے تعین، سروسز کے لیے ریفرل یا میرے بچے کے لیے خدمات کی فراہمی (یا میرے لیے اگر میری عمر 18 سال یا اس سے زیادہ ہے) اور/یا نیچے دیے ہوئے مقصد (مقاصد) کے لیے CSPOA کی طرف سے جاری کی جاتی ہیں یا موصول کی جاتی ہیں:

جاری کرنے کا اور مقصد (مقاصد):

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں اس اجازت پر دستخط کرنے پر مجبور نہیں ہوں اور یہ کہ دستخط کرنے سے میرا انکار علاج تک رسائی کی میرے بچے کی اہلیت (یا میری اہلیت اگر میری عمر 18 سال یا اس سے زیادہ ہے) کو متاثر نہیں کرے گا۔ کچھ استثنائات کے ساتھ، ایک دفعہ جاری کردہ معلومات کو بعد ازاں موصول کنندہ بھی آگے بتا سکتا ہے۔

میں مزید سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے پاس درج ذیل کو لکھ کر کسی بھی وقت اس اجازت کو کالعدم کرنے کا حق ہے: **CSPOA :Attn ,DOHMH, 42-09 28th St., Long Island City, NY 11101** میں واقف ہوں کہ میری طرف سے کالعدم کیا جانا موثر نہیں ہو گا اگر وہ اشخاص یا تنظیمیں جنہیں میں نے اپنے بچے سے متعلق معلومات (یا میرے متعلق اگر میری عمر 18 سال یا اس سے زیادہ ہے) استعمال کرنے اور/یا افشا کرنے کی اجازت دی ہے، نے میری اجازت کی بنیاد پر پہلے ہی کارروائی کر لی ہے۔

قانون کی طرف سے اجازت یافتہ مریض یا نمائندے کے دستخط

تاریخ

3.25 Urdu