

AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION TO / FROM MAIMONIDES MEDICAL CENTER AND / OR MAIMONIDES FACULTY PRACTICE

**MAIMONIDES MEDICAL CENTER এবং / অথবা MAIMONIDES FACULTY PRACTICE-এর কাছে / কাছ থেকে সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের জন্য অনুমোদন**

আমরা বুঝতে পারি যে আপনার এবং আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যসমূহ ব্যক্তিগত এবং আমরা সেই তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষায় প্রতিশ্রুতিবদ্ধ। এই অঙ্গীকারের কারণে, নিচে বর্ণিত উদ্দেশ্যে মেডিকেল সেন্টারের রক্ষণাবেক্ষণ করা মেডিকেল রেকর্ড থেকে আপনার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশ করার আগে আমাদেরকে অবশ্যই আপনার অনুমোদন পেতে হবে। এই ফরমটি সেই অনুমোদন প্রদান করে এবং এই তথ্য কিভাবে ব্যবহার অথবা প্রকাশ করা হবে সে সম্পর্কে আপনাকে সঠিকভাবে অবহিত করা হয়েছে তা নিশ্চিত করতে আমাদেরকে সহায়তা করে। এই ফরমে স্বাক্ষর করার আগে অনুগ্রহ করে নিচের তথ্য মনোযোগ দিয়ে পড়ুন।

USE AND DISCLOSURE COVERED BY THIS AUTHORIZATION

**এই অনুমোদনের আওতাভুক্ত ব্যবহার ও প্রকাশ**

I hereby authorize (check one): আমি এইমর্মে (একটিতে টিকচিহ্ন দিন):	<input type="checkbox"/> Maimonides Medical Center (or any of its employees, staff or agents) Maimonides Medical Center-কে (অথবা এর যেকোনো কর্মচারী, কর্মী বা এজেন্টকে)
to release protected health information from the medical record(s) of: _____ এর মেডিকেল রেকর্ড থেকে সুরক্ষিত স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করার জন্য অনুমতি দিচ্ছি:	
ADDRESS: _____ ঠিকানা:	PHONE NO: _____ ফোন নম্বর:
To the individual or organization listed below (check one): নিচে তালিকাভুক্ত ব্যক্তি বা সংস্থার কাছে (একটিতে টিকচিহ্ন দিন):	<input type="checkbox"/> Maimonides Medical Center 4802 Tenth Ave, Brooklyn, NY 11229 718-283-6000 ATT: _____
	<input type="checkbox"/> Maimonides Cancer Center 6300 Eighth Avenue, Brooklyn, NY 11220 718 765-2500 ATT: _____

For the purpose of (check one):

এই উদ্দেশ্যে (একটিতে টিকচিহ্ন দিন):

<input type="checkbox"/> CONTINUING MEDICAL TREATMENT মেডিকেল চিকিৎসা চালিয়ে যাওয়া	<input type="checkbox"/> PERSONAL REASONS (i.e. "at the request of the individual") ব্যক্তিগত কারণ (যেমন "ব্যক্তির অনুরোধে")
<input type="checkbox"/> LITIGATION / ATTORNEY REVIEW মামলা / আইনজীবীর পর্যালোচনা	OTHER (Specify) অন্যান্য (সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন)
INSURANCE: Insurance Company Name: _____ বিমা: বিমা কোম্পানির নাম:	Claim File #: _____ দাবির ফাইল #:
<input type="checkbox"/> I request the release of (check one): আমি এটি প্রকাশের জন্য অনুরোধ জানাচ্ছি (একটিতে টিকচিহ্ন দিন):	
<input type="checkbox"/> Entire record সম্পূর্ণ রেকর্ড	
<input type="checkbox"/> The following portions of the record (specify documents and / or dates of treatment): রেকর্ডের নিম্নলিখিত অংশগুলি (ডকুমেন্ট এবং / অথবা চিকিৎসার তারিখগুলো সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন):	
<input type="checkbox"/> Request for an electronic copy of health information. স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের একটি ইলেক্ট্রনিক কপি জন্য অনুরোধ।	
<input type="checkbox"/> Request for an electronic copy of discharge instructions. ডিসচার্জ সংক্রান্ত নির্দেশনার একটি ইলেক্ট্রনিক কপি জন্য অনুরোধ।	
<input type="checkbox"/> Entire record only for the Dates of Treatment as follows: _____ শুধু নিম্নলিখিত চিকিৎসার তারিখগুলোর সম্পূর্ণ রেকর্ড:	
<input type="checkbox"/> Emergency Room Record / Date(s): ইমার্জেন্সি রুমের রেকর্ড / তারিখ(সমূহ):	<input type="checkbox"/> Discharge Summary/Date(s): ডিসচার্জের সংক্ষিপ্তসার/তারিখ(সমূহ):
<input type="checkbox"/> Outpatient Record(s) / Date(s): বহির্বিভাগের রোগীর রেকর্ড(সমূহ) / তারিখ(সমূহ):	<input type="checkbox"/> Pathology Reports/Date(s): প্যাথলজি রিপোর্টসমূহ / তারিখ(সমূহ):
<input type="checkbox"/> Operative Report(s) / Date(s): অপারেশনের রেকর্ড(সমূহ) / তারিখ(সমূহ):	<input type="checkbox"/> EKG/Date(s): EKG/তারিখ(সমূহ):
<input type="checkbox"/> Laboratory Reports / Date(s): ল্যাবরেটরি রিপোর্টসমূহ / তারিখ(সমূহ):	<input type="checkbox"/> Cardiac Cath Report/Date(s): কার্ডিয়াক ক্যাথ রিপোর্ট/তারিখ(সমূহ):
<input type="checkbox"/> Radiology Reports / Date(s): রেডিওলজি রিপোর্টসমূহ / তারিখ(সমূহ):	<input type="checkbox"/> Echocardiogram / Date(s): ইকোকার্ডিওগ্রাম / তারিখ(সমূহ):
<input type="checkbox"/> The following HIV-related information, (which is any information indicating that you have had an HIV-related test, or have HIV	

infection, HIV-related illness or AIDS, or any information which could indicate that you have been potentially exposed to HIV).

HIV সম্পর্কিত নিম্নলিখিত তথ্য, (যা এমন যেকোনো তথ্য যেটি ইঙ্গিত করে যে আপনি HIV সম্পর্কিত পরীক্ষা করিয়েছেন, অথবা আপনার HIV সংক্রমণ, HIV সম্পর্কিত অসুস্থতা বা এইডস হয়েছে, অথবা এমন যেকোনো তথ্য যা আপনার HIV-এর সংস্পর্শে আসার সম্ভাবনা নির্দেশ করে)।

Billing Records (specify):  
বিলিং রেকর্ড (সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন):

Other (specify):  
অন্যান্য (সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন):

This authorization will expire six (6) months from the date hereof, unless there is a date or event described below  
নিচে কোনো তারিখ বা ইভেন্ট উল্লেখ করা না হলে এই অনুমোদন এই তারিখ থেকে ছয় (6) মাস পরে মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যাবে

#### সুনির্দিষ্ট বোধগম্যতা

এই অনুমোদনের ফরমটিতে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আপনি উপরের বর্ণনা অনুযায়ী আপনার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশের জন্য অনুমতি দিচ্ছেন।

আপনি বুঝতে পেরেছেন যে একবার এই অনুমোদন অনুসারে তথ্য প্রকাশিত হয়ে গেলে, তথ্যটি প্রাপক দ্বারা পুনরায় প্রকাশ হতে পারে এবং ফেডারেল গোপনীয়তা বিধিমালা দ্বারা সুরক্ষিত নাও থাকতে পারে (যদি প্রাপকের জন্য তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করা আইন অনুযায়ী আবশ্যিক না হয়)।

আপনি বুঝতে পেরেছেন যে প্রকাশিতব্য তথ্যের ধরনের মধ্যে প্রযোজ্য ক্ষেত্রে নিম্নলিখিতগুলো অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে: **রোগ নির্ণয়, রোগের গতিধারা, অপব্যবহারের জন্য চিকিৎসা, শারীরিক এবং/অথবা মানসিক অসুস্থতার চিকিৎসা, অ্যালকোহল/নেশাদ্রব্যের অপব্যবহারের জন্য চিকিৎসা, যৌন-সংক্রান্ত অবস্থার জন্য চিকিৎসা, এবং জেনেটিক তথ্য, যদি থাকে, সেগুলো সহ তথ্য মেডিকেল রেকর্ড ফাইলের অংশ হিসেবে বিবেচিত হওয়া সব তথ্য।** রোগীর রেকর্ডে নির্দিষ্ট ধরনের বিশেষভাবে সুরক্ষিত তথ্য থাকলে বাড়তি রিলিজ ফরমের প্রয়োজন হতে পারে।

যদি আপনি HIV সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশের জন্য অনুমতি দেন, তাহলে আপনার জেনে রাখা উচিত যে প্রাপকের জন্য ফেডারেল বা স্টেট আইনের অধীনে অনুমতি না থাকলে আপনার অনুমোদন ছাড়া HIV সম্পর্কিত কোনো তথ্য পুনরায় প্রকাশ করা তাদের জন্য নিষিদ্ধ। এছাড়াও অনুমোদন ছাড়াই আপনার HIV সম্পর্কিত তথ্য পেতে পারেন অথবা ব্যবহার করতে পারেন এমন ব্যক্তিদের একটি তালিকার জন্য অনুরোধ জানানোর অধিকার আপনার রয়েছে। যদি আপনি HIV সম্পর্কিত তথ্য রিলিজ বা প্রকাশ হওয়ার কারণে বৈষম্যের সম্মুখীন হন, তাহলে আপনি নিউইয়র্ক স্টেট ডিভিশন অব হিউম্যান রাইটস-এর সাথে (212) 870-8624 নম্বরে অথবা নিউ ইয়র্ক সিটি কমিশন অব হিউম্যান রাইটস-এর সাথে (212) 566-5493 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন। এই সংস্থাগুলো আপনার অধিকার রক্ষার জন্য দায়বদ্ধ।

এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করতে অস্বীকার করার অধিকার আপনার রয়েছে এবং যদি আপনি এই ফরমটিতে স্বাক্ষর না করেন তাহলে আপনার স্বাস্থ্যসেবা, আপনার স্বাস্থ্যসেবার জন্য পেমেন্ট, এবং আপনার স্বাস্থ্যসেবার বেনিফিটসমূহ প্রভাবিত হবে না; তবে, যদি Maimonides এককভাবে কোনো তৃতীয় পক্ষের কাছে প্রকাশ করা হবে এমন সুরক্ষিত স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য তৈরির উদ্দেশ্যেই কেবল স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করে, তাহলে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের আগে আপনার এই অনুমোদন ফরমটিতে স্বাক্ষর করা আবশ্যিক হতে পারে।

হাসপাতালের নীতিমালা অনুসারে এই অনুমোদন ফরমটিতে বর্ণিত তথ্যের একটি কপি দেখার এবং পাওয়ার জন্য অনুরোধ করার অধিকার আপনার রয়েছে। আপনি স্বাক্ষর করার পরে এই ফরমটির একটি কপি পাওয়ার অধিকারও আপনার রয়েছে।

যদি আপনি এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করেন, তাহলে হাসপাতাল এই অনুমোদনের উপর ভিত্তি করে ইতোমধ্যে যে পদক্ষেপ নিয়েছে তা ব্যতীত আপনি যেকোনো সময়ে অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আপনার থাকবে। এই অনুমোদন প্রত্যাহার করার জন্য, অনুগ্রহ করে এই ঠিকানায় লিখুন: Director, Health Information Services, Maimonides Medical Center, 4802 Tenth Avenue, Brooklyn, New York 11219.

আমি এই ফরমটি পড়েছি এবং এই ফরম সম্পর্কে আমার সব প্রশ্নের উত্তর দেয়া হয়েছে। নিচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি স্বীকার করে নিচ্ছি যে আমি উপরের সব কিছু পড়েছি এবং সেগুলোর সাথে সম্মত আছি।

Signature of Patient or Personal Representative

রোগী অথবা ব্যক্তিগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

Print Name of Patient or Personal Representative

রোগীর অথবা ব্যক্তিগত প্রতিনিধির নাম বড়হাতের অক্ষরে লিখুন

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
তারিখ

Description of Personal Representative's Authority:  
ব্যক্তিগত প্রতিনিধির কর্তৃত্বের বিবরণ:

#### CONTACT INFORMATION

#### যোগাযোগের তথ্য

The contact information of the patient or personal representative who signed this form should be filled in below.

এই ফরমটিতে স্বাক্ষরকারী রোগী অথবা ব্যক্তিগত প্রতিনিধির সাথে যোগাযোগের তথ্য নিচে পূরণ করতে হবে।

Address: \_\_\_\_\_

ঠিকানা

Telephone: (daytime) \_\_\_\_\_ (evening) \_\_\_\_\_

টেলিফোন: (দিবাকালীন) \_\_\_\_\_ (সন্ধ্যাকালীন)

Email address (optional): \_\_\_\_\_

ইমেইল ঠিকানা (ঐচ্ছিক):

\* যদি Maimonides Medical Center তার নিজস্ব রেকর্ডে সংরক্ষিত স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সুরক্ষিত তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশের জন্য অনুমোদন চায়, তাহলে অনুগ্রহ করে জেনে রাখুন যে অন্যথায় সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করা না হলে এই ব্যবহার বা প্রকাশের জন্য হাসপাতাল কোনো প্রতিদান পাবে না।

A PHOTOCOPY OF THIS RELEASE IS AS VALID AS THE ORIGINAL

এই রিলিজের ফটোকপি মূল কপির মতোই বৈধ