

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

Maimonides Medical Center اور/یا **MAIMONIDES FACULTY PRACTICE** کو/اسے صحت کے متعلق تحفظ یافتہ معلومات کے اجراء کے لیے اجازت

ہم سمجھتے ہیں کہ آپ کے اور آپ کی صحت کے بارے میں معلومات نجی ہیں، اور ان معلومات کو رازداری میں محفوظ طور پر رکھنے کا ہم نے عزم کر رکھا ہے۔ اس عزم کی وجہ سے، مندرجہ ذیل بیان کردہ مقاصد کے لیے **Medical Center** کے ذریعہ سنبھال کر رکھے ہوئے میڈیکل ریکارڈ سے آپ کی صحت کے متعلق تحفظ یافتہ معلومات کا استعمال یا ان کا اجراء کرنے سے قبل، ہمیں آپ کی اجازت حاصل کرنی ہو گی۔ یہ فارم ہمیں وہ مطلوبہ اجازت دیتا ہے اور یہ فارم ہمیں اس بات کی یقین دہانی کرنے میں مدد دیتا ہے کہ اس حوالے سے آپ صحیح طریقے سے آگاہ ہیں کہ ان معلومات کو کس طرح استعمال کیا جائے گا یا ان کا اجراء کس طرح ہو گا۔ اس فارم پر دستخط کرنے سے پہلے، براہ مہربانی مندرجہ ذیل معلومات کو غور سے پڑھیں۔

USE AND DISCLOSURE COVERED BY THIS AUTHORIZATION
اس اجازت نامے کی رو سے استعمال اور اجراء ہونے والی معلومات کی نوعیت

I hereby authorize (check one): اس دستاویز کے ذریعے میں اختیار تفویض کرتا/کرتی ہوں (ایک پر صحیح کا نشان لگائیں) کہ:	<input type="checkbox"/> Maimonides Medical Center (or any of its employees, staff or agents) Maimonides Medical Center (یا اس کے کوئی بھی ملازمین، عملہ یا ایجنٹ) <input type="checkbox"/>
to release protected health information from the medical record(s) of: _____ مندرجہ ذیل شخص کے میڈیکل ریکارڈ سے صحت کے متعلق تحفظ یافتہ معلومات کا اجراء کرے:	
ADDRESS: _____ پتہ:	PHONE NO: _____ ٹیلیفون نمبر:
To the individual or organization listed below (check one): یہ معلومات مندرجہ ذیل نامزد شخص یا ادارے کو دیں جائیں (ایک پر صحیح کا نشان لگائیں):	<input type="checkbox"/> Maimonides Cancer Center 4802 Tenth Ave, Brooklyn, NY 11229 ATT: _____ 718-283-6000
	<input type="checkbox"/> Maimonides Cancer Center 6300 Eighth Avenue, Brooklyn, NY 11220 ATT: _____ 718 765-2500

For the purpose of (check one):

مندرجہ ذیل مقصد کے لیے (ایک پر صحیح کا نشان لگائیں):

<input type="checkbox"/> CONTINUING MEDICAL TREATMENT جاری طبی علاج معالجہ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PERSONAL REASONS (i.e. "at the request of the individual") ذاتی وجوہات (یعنی "مذکورہ شخص کی درخواست پر") <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> LITIGATION / ATTORNEY REVIEW عدالتی مقدمہ/وکیل کا جائزہ <input type="checkbox"/>	
OTHER (Specify) _____ دیگر (مخصوص کریں)	
INSURANCE: Insurance Company Name: _____ Claim File #: _____ بیمہ: بیمہ کمپنی کا نام:	
<input type="checkbox"/> I request the release of (check one): میں مندرجہ ذیل کے اجراء کے لیے درخواست کرتا ہوں (ایک پر صحیح کا نشان لگائیں):	
<input type="checkbox"/> Entire record مکمل ریکارڈ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> The following portions of the record (specify documents and / or dates of treatment): ریکارڈ کے مندرجہ ذیل حصے (دستاویز اور/یا علاج معالجے کی تاریخیں مخصوص کریں):	
<input type="checkbox"/> Request for an electronic copy of health information. صحت سے متعلق معلومات کی الیکٹرانک کاپی کے لیے درخواست کرتا/کرتی ہوں۔	
<input type="checkbox"/> Request for an electronic copy of discharge instructions. علاج معالجہ پانے کے بعد برخاست ہونے پر دیں گئیں ہدایات کی کاپی۔	
<input type="checkbox"/> Entire record only for the Dates of Treatment as follows: _____ صرف مندرجہ ذیل تاریخوں میں علاج معالجے کا مکمل ریکارڈ:	
<input type="checkbox"/> Emergency Room Record / Date(s): _____ ہنگامی کمرے (Emergency Room) کا ریکارڈ / تاریخ (تاریخیں):	<input type="checkbox"/> Discharge Summary/Date(s): _____ برخاستگی کا خلاصہ/ تاریخ (تاریخیں):
<input type="checkbox"/> Outpatient Record(s) / Date(s): _____ بیرونی مریض ریکارڈ/ تاریخ (تاریخیں):	<input type="checkbox"/> Pathology Reports/Date(s): _____ تشخیص امراض کی رپورٹیں/ تاریخ (تاریخیں):

<input type="checkbox"/> Operative Report(s) / Date(s): جراحی کی رپورٹ (رپورٹیں) / تاریخ (تاریخیں):	<input type="checkbox"/> EKG/Date(s): EKG / تاریخ (تاریخیں):
<input type="checkbox"/> Laboratory Reports / Date(s): لیبارٹری رپورٹ / تاریخ (تاریخیں):	<input type="checkbox"/> Cardiac Cath Report/Date(s): دل کی رگوں (Cardiac Cath) کی رپورٹ / تاریخ (تاریخیں):
<input type="checkbox"/> Radiology Reports / Date(s): ریڈیالوجی کی رپورٹیں / تاریخ (تاریخیں):	<input type="checkbox"/> Echocardiogram / Date(s): ایکوکارڈیوگرام (Echocardiogram) / تاریخ (تاریخیں):
<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).	
<input type="checkbox"/> HIV سے متعلق مندرجہ ذیل معلومات، (جو ایسی کوئی بھی معلومات ہیں، جن سے یہ نشاندہی ہوتی ہے کہ آپ نے HIV سے متعلق کوئی جانچ کرائی تھی، یا آپ کو HIV انفیکشن ہے، یا آپ کو HIV سے متعلق بیماری یا AIDS ہے؛ یا کوئی ایسی معلومات جو اس بات کی نشاندہی کر سکتی ہیں کہ آپ کا ممکنہ طور پر HIV سے سامنا ہوا ہے۔	
<input type="checkbox"/> Billing Records (specify):	<input type="checkbox"/> بلوں کی رپورٹیں (مخصوص کریں):
<input type="checkbox"/> Other (specify):	<input type="checkbox"/> دیگر (مخصوص کریں):
This authorization will expire six (6) months from the date hereof, unless there is a date or event described below	
ذیل میں دی ہوئی عبارت میں اگر کوئی تاریخ یا واقعہ مخصوص نہ کیا گیا ہو، تو یہ اجازت نامہ اس پر دستخط کرنے کی تاریخ سے چھ (6) ماہ کے اختتام پر ختم ہو جائے گا۔	

مخصوص تفہیمات

اجازت نامہ کے اس فارم پر دستخط کرنے سے آپ مندرجہ بالا تفصیل کے مطابق اپنی صحت کے متعلق تحفظ یافتہ معلومات کے استعمال یا اجراء کی اجازت دے رہے رہے ہیں۔ آپ سمجھتے/سمجھتی ہیں کہ جب اس اجازت کے مطابق ایک بار ایسی معلومات کا اجراء ہو گا، تو (اگر وصول کنندہ کو قانون کی بنا پر ان معلومات کی رازداری کا تحفظ کرنے ضرورت نہ ہو) وصول کنندہ کے ذریعے ان معلومات کا دوبارہ انکشاف ہو سکتا ہے، اور وفاقی رازداری کے ضوابط کے ذریعے ان کا تحفظ نہیں بھی ہو سکتا ہے۔

آپ سمجھتے ہیں کہ، اگر اطلاق ہو، تو اجراء کی جانے والی معلومات میں مندرجہ ذیل شامل ہو سکتے ہیں: **مرض کی شناخت، تشخیص مرض، کسی بے جا یا باجائز سلوک کے لیے علاج معالجہ، جسمانی اور/یا ذہنی بیماری کے لیے علاج معالجہ، الکحل/منشیات کے استعمال کا علاج معالجہ، جنسی مسائل کا علاج معالجہ، اور جینیاتی معلومات ہوں تو ان کے سمیت، طبی ریکارڈوں کی فائل کے ایک حصے کے طور پر مانی جاتی والی تمام معلومات۔** اگر مریض کے ریکارڈ میں خاص قسم کی تحفظ یافتہ معلومات شامل ہوں، تو معلومات کے اجراء کے لیے اضافی اجراء فارموں کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

اگر آپ HIV سے متعلق معلومات کے اجراء کی اجازت دے رہے ہیں، تو آپ کو معلوم ہونا چاہئے کہ اگر اسے وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ویسا کرنے کی اجازت نہ ہو، تو آپ کی اجازت کے بغیر HIV سے متعلق کوئی بھی معلومات دوبارہ اجراء کرنے کے لیے وصول کنندہ (کننگان) پر ممانعت عائد ہے۔ آپ کو ان لوگوں کی فہرست حاصل کرنے کے لیے درخواست کرنے کا حق بھی ہے، جو اجازت کے بغیر آپ کی HIV سے منسلک معلومات حاصل کر سکتے ہیں یا ان کا استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر HIV سے منسلک آپ کی معلومات کے اجراء یا ظاہر کئے جانے کے حوالے سے آپ کے ساتھ امتیازی سلوک کیا گیا، تو آپ New York State Division of Human Rights (نیویارک ریاست کے حقوق انسانی کے ڈویژن) سے (212) 870-8624 پر یا New York City Commission on Human Rights (نیویارک ریاست کے حقوق انسانی کے کمیشن) سے (212) 566-5493 پر رابطہ کر سکتے/سکتی ہیں۔ یہ ایجنسیاں آپ کے حقوق کے تحفظ کے لیے ذمہ دار ہیں۔

اس اجازت نامہ پر دستخط کرنے سے انکار کرنے کا آپ کو حق ہے اور اگر آپ اس فارم پر دستخط نہیں کرتے/کرتی ہیں تو آپ کی صحت کی دیکھ بھال، آپ کی صحت کی دیکھ بھال کے لیے ادائیگی، اور آپ کی صحت کی دیکھ بھال کی سہولیات پر کوئی اثر نہیں پڑے گا؛ تاہم اس میں یہ شرط عائد ہوتی ہے کہ اگر کسی تیسرے فریق کو اجراء کئے جانے کے لیے تحفظ یافتہ معلومات تیار کرنے کی واحد مقصد سے Maimonides صحت کی دیکھ بھال فراہم کر رہا ہے، تو آپ کو صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے سے پہلے اسے اجازت نامہ کے اس فارم پر آپ کی دستخط لینا ضروری ہو سکتا ہے۔

اسپتال کی حکمت عملی کے مطابق اس اجازت نامہ کے فارم پر بیان کردہ معلومات کی ایک کاپی دیکھنے اور اسے حاصل کرنے کے لیے درخواست کرنے کا حق آپ کے پاس ہے۔ اس فارم پر دستخط کرنے کے بعد آپ کو اس کی ایک کاپی حاصل کرنے کا حق بھی ہے۔

اگر آپ اس اجازت نامہ پر دستخط کرتے/کرتی ہیں، تو آپ کے پاس اسے کسی بھی وقت منسوخ کرنے کا حق حاصل ہو گا، تاہم اس اجازت نامہ کی بنیاد پر اسپتال نے پہلے ہی اٹھائے اقدامات اس منسوخی سے متاثر نہیں ہوں گے۔ اس اجازت نامہ کو منسوخ کرنے کے لیے، براہ مہربانی Director, Health Information Services, Maimonides Medical Center, 4802 Tenth Avenue, Brooklyn, New York 11219 کو تحریری درخواست بھیجیں۔

میں نے یہ فارم پڑھ لیا، اور اس فارم کے بارے میں میرے تمام سوالات کے جوابات دیے گئے۔ نیچے دستخط کرنے سے، میں تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے مندرجہ بالا عبارت پڑھی اور میں اس سب سے متفق ہوں۔

Signature of Patient or Personal Representative

مریض یا ذاتی نمائندے کی دستخط

Print Name of Patient or Personal Representative

مریض یا ذاتی نمائندے کا قانونی نام

Date _____ / _____ / _____ تاریخ	Description of Personal Representative's Authority: ذاتی نمائندے کی مجازیت کی تفصیل
-------------------------------------	--

CONTACT INFORMATION

رابطے کی معلومات

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

اس فارم پر دستخط کرنے والے/والی مریض یا ذاتی نمائندے سے رابطہ کرنے کی معلومات ذیل میں بھری جائیں چاہیں۔

Address: _____

پتہ: _____ Telephone: (daytime) _____

(evening) _____ (دن میں) _____

Email address (optional): _____

ای میل پتہ (اختیاری):

* اگر Maimonides Medical Center ان تحفظ یافتہ معلومات کو استعمال کرنے یا اجراء کرنے کی اجازت طلب کر رہا ہے جو اس کے اپنے ہی ریکارڈوں میں ہیں، تو براہ کرم اس بات سے آگاہ رہیں کہ اگر ایسا مخصوص طور پر واضح نہ کیا گیا ہو، تو اس اسپتال کو ان معلومات کے استعمال یا ان کا اجراء کرنے سے کوئی معاوضہ نہیں ملے گا۔

A PHOTOCOPY OF THIS RELEASE IS AS VALID AS THE ORIGINAL

اس اجازت نامے کی ایک فوٹو کاپی اصل کاپی کی مانند مستند ہے۔