

## HIPAA ব্যক্তিগত প্রতিনিধি ফর্ম

রোগীর তথ্য - দয়া করে স্পষ্টভাবে লিখুন

Patient Information - Please Print

রোগীর নাম: \_\_\_\_\_

Patient Name

জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_

Date of Birth

ঠিকানা: \_\_\_\_\_

Address

শহর / রাজ্য / জিপ কোড: \_\_\_\_\_

City/State/Zip Code

টেলিফোন # সবচেয়ে সহজে যোগাযোগযোগ্য: \_\_\_\_\_

Telephone # most easily reached

আমি এতদ্বারা নীচে উল্লেখ করা ব্যক্তিকে আমার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য (Protected Health Information, PHI) সম্পর্কিত আমার ব্যক্তিগত প্রতিনিধি হিসাবে কাজ করার অনুমতি দিচ্ছি। এতে আমার মেডিক্যাল রেকর্ড এবং স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য অ্যাক্সেস করা, গ্রহণ করা এবং আলোচনা করার ক্ষমতা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। আমি এটি সম্পর্কেও সচেতন যে, আমি যদি নিচে উল্লেখ করি তবে আমার রেকর্ডে প্রবেশাধিকার সীমাবদ্ধ করতে পারি।

HIPAA প্রতিনিধি তথ্য - দয়া করে স্পষ্টভাবে লিখুন

HIPAA Representative Information - Please Print

রোগীর নাম: \_\_\_\_\_

Patient Name

জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_

Date of Birth

ঠিকানা: \_\_\_\_\_

Address

শহর / রাজ্য / জিপ কোড: \_\_\_\_\_

City/State/Zip Code

টেলিফোন # সবচেয়ে সহজে যোগাযোগযোগ্য: \_\_\_\_\_

Telephone # most easily reached

রোগীর সাথে সম্পর্ক: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient

আমি উপরে নাম উল্লেখিত HIPAA প্রতিনিধিকে নিম্নলিখিত অ্যাক্সেস প্রদান করছি:

I grant to the HIPAA Representative named above access to:

সমস্ত মেডিক্যাল রেকর্ড এবং স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের পূর্ণ অ্যাক্সেস – লক্ষ্য করুন, HIV, মানসিক স্বাস্থ্য এবং মাদক/পদার্থ ব্যবহারের তথ্যের জন্য আলাদা বাক্সেও অনুমোদন প্রয়োজন।

Full access to all medical records and health information – note separate box below is also required for HIV, psychiatric and substance abuse access.

অন্যান্য - সীমাবদ্ধতা বা নির্দিষ্ট চিকিৎসা ঘটনার তথ্য উল্লেখ করুন: \_\_\_\_\_

Other - Specify limits or specific health care incident

উপর্যুক্ত বিভাগগুলি পরীক্ষা করে এবং নীচে স্বাক্ষর করে, আমি (রোগী) আমার HIPAA প্রতিনিধিকে অতিরিক্ত স্বাস্থ্য তথ্য অ্যাক্সেস দিচ্ছি। আমি বুঝতে পারছি যে, আমার মেডিক্যাল রেকর্ডে HIV সম্পর্কিত তথ্য এবং/অথবা মানসিক অক্ষমতার নির্ণয় বা চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য এবং/অথবা মাদক/পদার্থ ব্যবহারের তথ্য থাকতে পারে। এই বাক্সে স্বাক্ষর করে, আমি স্পষ্টভাবে আমার HIPAA প্রতিনিধিকে নিম্নলিখিত তথ্যের অ্যাক্সেসের অনুমতি দিচ্ছি: (আপনাকে প্রতিটি ক্ষেত্রের পাশে আপনার প্রাথমিক স্বাক্ষর দিতে হবে, যেখানে আপনি চান যে HIPAA প্রতিনিধি অ্যাক্সেস পাবে)

\_\_\_\_\_ অ্যালকোহল, ড্রাগ বা পদার্থের অপব্যবহারের তথ্য

Alcohol, drug, or substance abuse information

\_\_\_\_\_ AIDS, HIV সম্পর্কিত তথ্য (AIDS সম্পর্কিত পরীক্ষা এবং ফলাফল সহ)

AIDS, HIV-related information (including AIDS related testing and results)

\_\_\_\_\_ মানসিক স্বাস্থ্য  
Mental Health  
\_\_\_\_\_ যৌন সংক্রামক রোগের তথ্য  
Sexually Transmitted Disease information  
\_\_\_\_\_ জেনেটিক তথ্য  
Genetic information  
\_\_\_\_\_ গবেষণা  
Research Information

নিউ ইয়র্ক স্টেট এবং ফেডারেল আইনের অধীনে এই রেকর্ডের গোপনীয়তা প্রয়োজন। লিখিত সম্মতি বা অনুমোদন ছাড়া এই তথ্য কাউকে প্রদান করা যাবে না।

এই বাক্সের জন্য রোগীর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

তারিখ: \_\_\_\_\_

Signature of Patient for this box

Date

নিউ ইয়র্ক স্টেট এবং ফেডারেল আইনের অধীনে এই রেকর্ডের গোপনীয়তা প্রয়োজন। লিখিত সম্মতি বা অনুমোদন ছাড়া এই তথ্য কাউকে প্রদান করা যাবে না।

- আমি বুঝতে পারছি যে, আমি এই HIPAA প্রতিনিধি মনোনয়ন যেকোনো সময় বাতিল করতে পারি স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবস্থাপনা বিভাগকে নিম্নলিখিত ঠিকানায় জানিয়ে। **4802 10<sup>th</sup> Avenue ATTENTION:** লিখিতভাবে স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবস্থাপনা বিভাগ (**Health Information Management Department**), **Brooklyn, NY 11219**-কে জানাতে হবে; তবে, আমি যদি অনুমোদন বাতিল করি, তা **Maimonides Health** কর্তৃক বাতিলের আগে নেওয়া যে কোনো পদক্ষেপের উপর কোনো প্রভাব ফেলবে না।
- আমি বুঝতে পারছি যে, আমার চিকিৎসা বা চিকিৎসার অর্থপ্রদানের ক্ষেত্রে এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করি বা না করি তা কোনো শর্ত হতে পারবে না।
- আমি বুঝতে পারছি যে, এই ফর্ম অনুযায়ী প্রকাশিত তথ্য প্রাপক দ্বারা পুনঃপ্রকাশ করা যেতে পারে এবং তখন এটি HIPAA দ্বারা সুরক্ষিত থাকবে না।
- আমি বুঝতে পারছি এই অনুমোদন কার্যকর থাকবে যতক্ষণ না: (অবশ্যই একটিতে টিককরতে হবে)

রোগীর দ্বারা লিখিতভাবে প্রত্যাহার করা হয়েছে

Revoked in writing by the patient

নিম্নলিখিততারিখে: \_\_\_\_\_

On the following date

রোগীর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

Signature of Patient

তারিখ: \_\_\_\_\_

Date

HIPAA প্রতিনিধির স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

Signature of HIPAA Representative

তারিখ: \_\_\_\_\_

Date

(সমস্ত উপযুক্ত শূন্যস্থান পূরণ না করা পর্যন্ত ফর্মটি বৈধ হবে না)

\* আপনি এই ফর্মটিতে স্বাক্ষর করতে অস্বীকার করতে পারেন