

HIPAA کے ذاتی نمائندے کے لیے فارم

مریض کی معلومات – براہ کرم جلی حروف میں لکھیں
Patient Information – Please Print

مریض کا نام: _____ تاریخ پیدائش: _____
Patient Name Date of Birth

پتہ: _____ شہر/ریاست/زپ کوڈ: _____
Address City/State/Zip Code

فون # جس پر سب سے آسانی سے رابطہ ہو: _____
Telephone # most easily reached

میں معرفت پڑا اوپر نامزد فرد کو میری تحفظ یافتہ معلومات صحت (PHI) کے حوالے سے میرے ذاتی نمائندے کے طور پر کام کرنے کا اختیار دیتا/دیتی ہوں۔ اس میں میرے طبی ریکارڈز اور صحت کی معلومات تک رسائی، ان کی وصولی، اور ان پر تبادلہ خیال کرنے کا اختیار شامل ہے۔ میں اس امر سے بھی واقف ہوں کہ اگر میں نیچے وضاحت کروں تو میں اپنے ریکارڈز تک رسائی محدود کر سکتا/سکتی ہوں۔

نمائندہ معلومات - براہ کرم جلی حروف میں لکھیں
HIPAA Representative Information - Please Print

مریض کا نام: _____ تاریخ پیدائش: _____
Patient Name Date of Birth

پتہ: _____ شہر/ریاست/زپ کوڈ: _____
Address City/State/Zip Code

فون # جس پر سب سے آسانی سے رابطہ ہو: _____
Telephone # most easily reached

مریض سے تعلق: _____
Relationship to Patient

میں اوپر نامزد HIPAA نمائندے کو درج ذیل تک رسائی دیتا/دیتی ہوں:

تمام طبی ریکارڈز اور صحت کی معلومات تک مکمل رسائی - نوٹ کریں کہ HIV، نفسیتی اور ممنوعات کے بیجا استعمال کے لیے نیچے الگ باکس بھی مطلوب ہے۔

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

دیگر - حدود یا نگہداشت صحت کا مخصوص وقوعہ بیان کریں: _____
Other - Specify limits or specific health care incident

مناسب زمروں کو چیک کر کے اور نیچے دستخط کر کے، میں (مریض) اپنے HIPAA نمائندے کو اضافی صحت کی معلومات تک رسائی دے رہا/رہی ہوں۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے طبی ریکارڈ میں موجود معلومات میں HIV سے متعلق معلومات اور/یا نفسیتی معذوریوں اور/یا ممنوعات کے بیجا استعمال کی تشخیص یا علاج سے متعلق معلومات شامل ہو سکتی ہیں اور کہ اس باکس پر دستخط کر کے، میں خاص طور پر HIPAA کے اپنے نمائندے کو درج ذیل معلومات تک رسائی کی اجازت دے رہا/رہی ہوں: **(آپ کو ہر اس شعبے پر دستخط کرنا لازم ہے جن تک آپ HIPAA کے نمائندے کو رسائی دینا چاہتے/چاہتی ہوں)**

_____ الکحل، منشیات یا ممنوعات کے بیجا استعمال کی معلومات
Alcohol, drug, or substance abuse information

_____ HIV، AIDS سے متعلق معلومات (جس میں AIDS سے متعلق ٹیسٹنگ اور نتائج بھی شامل ہیں)
AIDS, HIV-related information (including AIDS related testing and results)

_____ ذہنی صحت
Mental Health

_____ جنسی طور پر منتقل ہونے والے امراض کی معلومات
Sexually Transmitted Disease information

_____ جینیاتی معلومات
Genetic information

_____ تحقیقی معلومات
Research Information

اس ریکارڈ کی رازداری نیو پارک اسٹیٹ اور وفاقی قانون کے تحت مطلوب ہے۔ یہ مواد تحریری اجازت یا اجازت نامہ کے بغیر کسی کو منتقل نہیں کیا جائے گا۔

اس باکس کے لیے مریض کے دستخط: _____ تاریخ: _____
Signature of Patient for this box Date

اس ریکارڈ کی رازداری نیو یارک اسٹیٹ اور وفاقی قانون کے تحت مطلوب ہے۔ یہ مواد تحریری اجازت یا اجازت نامہ کے بغیر کسی کو منتقل نہیں کیا جائے گا۔

1. میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں کسی بھی وقت محکمہ برائے معلومات صحت کا نظم و نسق (Health Information Management Department) کو درج ذیل پتے پر تحریری شکل میں اطلاع دے کر HIPAA کے اس نمائندے کی نامزدگی منسوخ کر سکتا/سکتی ہوں: **Health Information :Attention Brooklyn, NY 11219 Avenue10 4802 Management Department**

محکمہ برائے معلومات صحت کا نظم و نسق؛ تاہم، اگر میں اجازت منسوخ کر دیتا/دیتی ہوں، تو Maimonides Health کی جانب سے منسوخی موصول ہونے سے پہلے کی گئی کسی بھی کارروائی پر اس کا کوئی اثر نہیں پڑے گا۔

2. میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرا علاج یا علاج کی ادائیگی اس امر سے مشروط نہیں ہو سکتی کہ آگیا میں اس اجازت نامے پر دستخط کرتا/کرتی ہوں یا نہیں۔

3. میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس فارم کے تحت انکشاف کردہ معلومات کا وصول کنندہ کی طرف سے دوبارہ انکشاف کیا جا سکتا ہے اور وہ HIPAA کے تحت مزید محفوظ نہیں رہ سکتیں۔

4. میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ یہ اجازت نامہ اس وقت تک نافذ رہے گا جب تک: (ایک کو لازماً نشان زد کریں)

مریض نے تحریری طور پر منسوخ کر دیا
Revoked in writing by the patient

درج ذیل تاریخ کو:
On the following date

_____ تاریخ: _____ مریض کے دستخط:
Date Signature of Patient

_____ تاریخ: _____ HIPAA کے نمائندے کے دستخط:
Date Signature of HIPAA Representative

(فارم تب تک درست نہیں ہوگا جب تک تمام مناسب خالی جگہیں پر نہ کی جائیں)
*آپ اس فارم پر دستخط کرنے سے انکار کر سکتے/سکتی ہیں