

प्रतिभागी प्रदाता संगठन के लिए रोगी सहमति फॉर्म (Patient Consent Form for Participating Provider Organization)

मैंने "ब्रुकलिन स्वास्थ्य सूचना आदान-प्रदान: शैक्षिक तथ्य पत्र" नामक दस्तावेज़ प्राप्त कर लिया है, जिसमें यह बताया गया है कि ब्रुकलिन स्वास्थ्य सूचना आदान-प्रदान (Brooklyn Health Information Exchange - "BHIX") कैसे काम करता है, यह कैसे प्रचालन करता है, और मैं कैसे BHIX में भाग लेने वाले अस्पतालों, नर्सिंग होमों, गृह स्वास्थ्य एजेंसियों और अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं द्वारा अपने से संबंधित चिकित्सा सूचना देखे जाने की अनुमति दे सकता हूँ। अगर मैं रोगी के कानूनी प्रतिनिधि के रूप में इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करता हूँ तो मैं यह समझता हूँ कि इस फॉर्म में "मुझे" या "मेरा" के सारे हवालों का अर्थ रोगी से है।

मेरी देखभाल में लगे प्रत्येक प्रतिभागी प्रदाता संगठन ("प्रतिभागी प्रदाता") को BHIX के माध्यम से मेरी चिकित्सा सूचना देखने के लिए मेरी सहमति अलग से अवश्य प्राप्त करनी चाहिए।
BHIX में एक प्रतिभागी प्रदाता है। मैं यह समझता हूँ कि अगर मैं नीचे सहमति देता हूँ तो मैं इसके द्वारा BHIX के माध्यम से मेरी चिकित्सा सूचना देखने के लिए को प्राधिकृत करता हूँ जिसमें BHIX का उपयोग करने करने हेतु सारे व्यक्ति सम्मिलित हैं।

- उद्देश्य:** मैं यह समझता हूँ कि मेरी चिकित्सा सूचना का उपयोग मुझे चिकित्सा उपचार प्रदान करने और _____ द्वारा इसके रोगियों को प्रदान की जाने वाली चिकित्सा देखभाल की गुणवत्ता में सुधार करने के लिए ही किया जाएगा।
- सूचना के प्रकार:** मैं यह समझता हूँ कि यह सहमति _____ को मेरी सारी चिकित्सा सूचना देखने की अनुमति देती है, जिसमें निम्नलिखित से संबंधित संवेदनशील सूचना सम्मिलित है, पर यह इस तक ही सीमित नहीं है:
 - HIV/AIDS
 - अनुवांशिक रोग या आनुवांशिक परीक्षण
 - यौन संचारी रोग
 - मानसिक स्वास्थ्य
 - अलकोहल या दवा के दुरुपयोग का उपचार
 - परिवार नियोजन
- स्वास्थ्य सूचना स्रोत:** BHIX के माध्यम से देखी गई सूचना अनेक प्रकार के स्रोतों ("स्वास्थ्य सूचना स्रोत") से आती है। इन स्वास्थ्य सूचना स्रोतों में प्रतिभागी प्रदाता, अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता (जैसे फार्मसियों और क्लिनिकल प्रयोगशालाएँ), स्वास्थ्य बीमाकर्ता, न्यूयॉर्क राज्य मेडीकेड कार्यक्रम और अन्य स्वास्थ्य सूचना आदान-प्रदान सम्मिलित हो सकते हैं। वर्तमान स्वास्थ्य सूचना स्रोतों की पूरी सूची www.bhix.org पर देखी जा सकती है। यह सूची समय-समय पर बदलेगी क्योंकि BHIX का विकास हो रहा है।
- यह सहमति _____ को मेरे द्वारा इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने की तारीख से पहले और बाद में तैयार की गई सूचना देखने की अनुमति देती है। मैं यह समझता हूँ कि मेरे बारे में सूचना लागू कानूनों और विनियमों द्वारा अनुमत सीमा तक ही _____ द्वारा दोबारा प्रकट की जा सकती है। मैं यह समझता हूँ कि अगर मैं सहमति देता हूँ तो मेरी सहमति मेरे द्वारा सहमति वापस लेने के दिन तक या BHIX के काम करने के बन्द करने तक, जो कोई भी पहले हो, तक तक प्रभावी रहेगी,
- मैं यह समझता हूँ कि अगर मैं अपना निर्णय बदलता हूँ और सहमति वापस लेना चाहता हूँ, तो मैं सहमति वापस लेने के फॉर्म पर हस्ताक्षर कर सकता हूँ। अगर मैं सहमति वापस लेता हूँ तो _____ तब तक BHIX के माध्यम से मेरे बारे में नेमी रूप से चिकित्सा सूचना नहीं देख सकेगा, जब तक मैं नए रोगी सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करके और इसे भरकर फिर से सहमति न दूँ। सहमति वापस लेने से उस समय चिकित्सा सूचना का आदान-प्रदान प्रभावित नहीं होगा, जब मेरी सहमति प्रभावी थी।
- मैं यह समझता हूँ कि अगर मैं नीचे सहमति के लिए मना करता हूँ, तो _____ BHIX के माध्यम से *आपात स्थिति में भी* मेरी चिकित्सा सूचना नहीं देखेगा।
- मैं यह समझता हूँ कि BHIX में भाग लेना स्वैच्छिक है। कोई भी प्रतिभागी प्रदाता मुझे चिकित्सा देखभाल से मना नहीं करेगा और मेरी बीमा पात्रता उस स्थिति में प्रभावित नहीं होगी, अगर मैं BHIX में भाग लेने के लिए सहमति देने से मना करता हूँ।
- मैं यह समझता हूँ कि इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने के बाद मुझे इसकी प्रति मिलेगी।

मैं इसके द्वारा: सहमति देता हूँ सहमति देने से मना करता हूँ

_____ को BHIX के माध्यम से सारे स्वास्थ्य सूचना स्रोतों से मेरी सारी चिकित्सा सूचना देखने के लिए।

_____	_____
रोगी का स्पष्ट नाम	रोगी के जन्म की तारीख
_____	_____
रोगी या रोगी के कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	तारीख
_____	_____
रोगी के कानूनी प्रतिनिधि का स्पष्ट नाम (अगर लागू हो)	रोगी के कानूनी प्रतिनिधि का संबंध