

प्रतिभागी प्रदाता संगठन के लिए सहमति वापस लेना
(Withdrawal of Consent for Participating Provider Organization)

मैंने ब्रुकलिन स्वास्थ्य सूचना आदान-प्रदान (Brooklyn Health Information Exchange -“BHIX”) के माध्यम से अपनी चिकित्सा सूचना देखने के लिए _____ को अनुमति देने के लिए पहले एक रोगी सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर किए हैं।

मैं यह समझता हूँ कि मेरी सहमति वापस लेने से _____ BHIX के माध्यम से मेरे बारे में नेमी रूप से चिकित्सा सूचना नहीं देख सकेगा।

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” का अर्थ रोगी से है।

1. सहमति का वापस लेना मेरी सहमति के प्रभावी होने पर चिकित्सा सूचना के आदान-प्रदान को प्रभावित नहीं करेगा।
2. सहमति का यह वापस लेना केवल _____ पर लागू है और BHIX में किसी अन्य प्रतिभागी प्रदाता को दी गई किसी सहमति पर लागू नहीं है।
3. मेरी सहमति को वापस लेने पर कार्रवाई करने पर कुछ दिन लग सकते हैं।
4. कोई प्रतिभागी प्रदाता मुझे चिकित्सा देखभाल प्रदान करने से मना नहीं करेगा और मेरी सहमति के वापस लेने के आधार पर मेरी बीमा पात्रता प्रभावित नहीं होगी।
5. मैं यह समझता हूँ कि अगर मैं BHIX के माध्यम से अपनी चिकित्सा सूचना नेमी रूप से देखने के लिए _____ के लिए सहमति बहाल करना चाहता हूँ, तो मैं नए रोगी सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करके और इसे भरकर और आपकी अगली मुलाकात पर आपके प्रतिभागी प्रदाता को इसे वापस देकर ऐसा कर सकता हूँ।
6. मैं यह समझता हूँ कि जब तक मैं “मैं सहमति के लिए मना करता हूँ” को इंगित करते हुए _____ पर एक नए रोगी सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर नहीं करता और इसे नहीं भरता, तब तक _____ किसी आपात स्थिति में BHIX के माध्यम से मेरे बारे में चिकित्सा सूचना देख सकेगा। मैं उस समय सहमति के लिए मना करने के लिए _____ से रोगी सहमति फॉर्म की प्रति के लिए कह सकता हूँ, जब मैं यह “सहमति वापस लेना” भेजता हूँ।
7. मैं यह समझता हूँ कि मुझे इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने के बाद इसकी प्रति मिलेगी।

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