

স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য  
অ্যাক্সেস করার জন্য অনুরোধ

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medical Record Number: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য অ্যাক্সেস করার অনুরোধ নথিভুক্ত করার জন্য NYC Health + Hospitals  
এই ফর্মটি ব্যবহার করবে।

অ্যাক্সেসের অনুরোধ করা হয়েছে:  অনুলিপি  অনসাইট পরিদর্শন

ফর্মটি অনুরোধ করা হয়েছে:  কাগজ  সিডি  ই-মেইল  অন্যান্য: \_\_\_\_\_

তথ্য প্রকাশের পদ্ধতি:

পিকআপ / সশরীরে  ই-মেইলে: \_\_\_\_\_

ডাকযোগে: \_\_\_\_\_

সমস্ত অনুরোধের জন্য নিম্নবর্ণিত তথ্যসমূহ প্রয়োজন

যেসব তথ্য অ্যাক্সেস করা হবে:

স্বাস্থ্য তথ্য (তারিখ(সমূহ)) \_\_\_\_\_  রেডিওলজি প্রতিবেদন (তারিখ(সমূহ)) \_\_\_\_\_

পরীক্ষাগারে পরীক্ষার ফলাফল (তারিখ(সমূহ)) \_\_\_\_\_  অগ্রগতির নোট (তারিখ(সমূহ)) \_\_\_\_\_

বিলিং রেকর্ড (তারিখ(সমূহ)): \_\_\_\_\_  আমার সম্পূর্ণ মেডিকেল রেকর্ড

অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন): \_\_\_\_\_

আপনি নিচে প্রতিটি প্রয়োজ্য ঘর নির্দিষ্ট করে নির্বাচন না করলে নিচে উল্লেখিত তথ্য প্রকাশ করা হবে না:

মাদকদ্রব্যের অপব্যবহার সম্পর্কে তথ্য  মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য

জেনেটিক পরীক্ষার তথ্য  HIV-সংক্রান্ত তথ্য

আমি বুঝতে পেরেছি যে, এই জাতীয় ফর্ম এবং ফর্ম্যাট সহজে প্রস্তুত করা গেলে, অনুরোধকৃত ফর্ম এবং ফর্ম্যাটে আমার স্বাস্থ্য তথ্য অ্যাক্সেস করার অধিকার আমার আছে এবং যদি NYC Health + Hospitals অনুরোধকৃত ফর্ম এবং ফর্ম্যাটে এই জাতীয় তথ্য সহজে সরবরাহ করতে না পারে, তাহলে একটি পাঠযোগ্য হার্ড কপি ফর্মে বা পারস্পরিক সম্মতির ভিত্তিতে এই জাতীয় অন্য ফর্ম এবং ফর্ম্যাট আমাকে সরবরাহ করা হবে।

আমি বুঝতে পেরেছি যে, আমি যদি আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যের একটি ইলেকট্রনিক অনুলিপির জন্য অনুরোধ করি তাহলে সেটি আমাকে প্রদান করা হবে যদি এ জাতীয় ফর্ম এবং ফর্ম্যাটে সহজে প্রস্তুতযোগ্য হয়, আর তা না হলে, পারস্পরিক সম্মতি অনুসারে অন্য একটি পাঠযোগ্য ইলেকট্রনিক ফর্ম এবং ফর্ম্যাটে সরবরাহ করা হবে।

আমি বুঝতে পেরেছি যে, আমি যদি আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যের জন্য অনসাইট পরিদর্শন করার অনুরোধ করি তাহলে সংশ্লিষ্ট স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবস্থাপনা বিভাগ (Health Information Management Department) এই ধরনের পরিদর্শনকে যুক্তিসঙ্গত এবং সময়োপযোগীভাবে সমন্বয় করার জন্য দায়বদ্ধ থাকবে।

আমি বুঝতে পেরেছি যে, আমি যদি আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যের অনুলিপির জন্য অনুরোধ করি তাহলে এই জাতীয় অনুরোধের জন্য আমার কাছে যুক্তিসঙ্গত ব্যয়ভিত্তিক ফি নেওয়া যেতে পারে এবং তা নেওয়ার আগে আমাকে একটি আনুমানিক হিসাব সরবরাহ করা হবে। আমি আরও বুঝতে পেরেছি যে, আমার অর্থ প্রদান করার অক্ষমতাকে আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য অ্যাক্সেস করার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করার জন্য একমাত্র কারণ হিসাবে ব্যবহার করা যাবে না।

রোগী অথবা ব্যক্তিগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ / সময়: \_\_\_\_\_

যদি রোগী না হয়ে থাকেন, তাহলে ব্যক্তিগত প্রতিনিধির নাম, ঠিকানা ও ফোন নম্বর বড় হাতের অক্ষরে লিখুন:

রোগীর পক্ষে প্রতিনিধিত্ব করার জন্য আপনার সম্পর্ক / কর্তৃত্ব:

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE/TIME: \_\_\_\_\_



**Request for Access to Health Information**

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medical Record Number: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

**NYC Health + Hospitals will use this form to document your request for access to your health information.**

Access Requested:  Copies  Onsite Inspection

Format Requested:  Paper  CD  Email  Other: \_\_\_\_\_

**Method of Release:**

Pickup/In Person  E-mail to: \_\_\_\_\_

Mail to: \_\_\_\_\_

**INFORMATION BELOW IS REQUIRED FOR ALL REQUESTS**

**Information to be Accessed:**

Health Information (date(s)) \_\_\_\_\_  Radiology Reports (date(s)) \_\_\_\_\_

Laboratory Test Results (date(s)) \_\_\_\_\_  Progress Notes (date(s)) \_\_\_\_\_

Billing Records (date(s)): \_\_\_\_\_  My complete medical record

Other (please specify): \_\_\_\_\_

**The following information will not be released unless you specifically select each applicable type below:**

Substance Use Disorder Information  Mental Health Information

Genetic Testing Information  HIV-Related Information

I understand that I have the right to access my health information in the form and format requested if readily producible in such form and format, and that if NYC Health + Hospitals cannot readily produce such health information in the form and format requested, I will be provided a readable hard copy form or such other form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request an electronic copy of my health information, it will be provided to me if readily producible in such form and format, or if not, in a readable electronic form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request on-site inspection of my health information that the respective Health Information Management Department is responsible for coordinating such inspection in a reasonable and timely fashion.

I understand that if I request copies of my health information, I may be charged a reasonable cost-based fee for such request and that any fee estimates will be provided to me prior to being charged. I also understand that my inability to pay may not be used as the sole reason to deny a request to access my health information.

SIGNATURE OF PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE: \_\_\_\_\_

DATE/TIME: \_\_\_\_\_

IF NOT PATIENT, PRINT NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER OF PERSONAL REPRESENTATIVE: \_\_\_\_\_

RELATIONSHIP/AUTHORITY TO ACT ON BEHALF OF PATIENT: \_\_\_\_\_

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE/TIME: \_\_\_\_\_