

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

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

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

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

**स्वास्थ्य जानकारी एक्सेस करने का अनुरोध**

**NYC Health + Hospitals इस फॉर्म का उपयोग आपकी स्वास्थ्य जानकारी एक्सेस करने के आपके अनुरोध के दस्तावेज़ीकरण के लिए करेंगे।**

अनुरोधित एक्सेस:  प्रतियाँ  ऑनसाइट जाँच

अनुरोधित फॉर्मेट:  कागज़  सीडी  ईमेल  अन्य: \_\_\_\_\_

**जारी करने की विधि:**

पिकअप/व्यक्तिगत रूप से  निम्न पर ईमेल भेजें: \_\_\_\_\_

डाक द्वारा भेजें: \_\_\_\_\_

**निम्नलिखित जानकारी सभी अनुरोधों के लिए आवश्यक है**

**एक्सेस की जाने वाली जानकारी:**

स्वास्थ्य जानकारी (तिथि(याँ)) \_\_\_\_\_  रेडियोलॉजी रिपोर्ट्स (तिथि(याँ)) \_\_\_\_\_

प्रयोगशाला जाँच परिणाम (तिथि(याँ)) \_\_\_\_\_  प्रगति नोट्स (तिथि(याँ)) \_\_\_\_\_

बिलिंग रिकॉर्ड्स (तिथि(याँ)): \_\_\_\_\_  मेरा पूर्ण मेडिकल रिकॉर्ड

अन्य (कृपया स्पष्ट करें): \_\_\_\_\_

**निम्नलिखित जानकारी तब तक जारी नहीं की जाएगी जब तक आप नीचे प्रदत्त हर प्रयोज्य प्रकार का विशेष रूप से चयन नहीं करते:**

नशीले पदार्थ के सेवन के विकार की जानकारी

मानसिक स्वास्थ्य जानकारी

आनुवंशिक जाँच की जानकारी

HIV-संबंधित जानकारी

मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे अनुरोधित फॉर्म और फॉर्मेट में अपनी स्वास्थ्य जानकारी एक्सेस करने का अधिकार है, यदि जानकारी ऐसे फॉर्म और फॉर्मेट में आसानी से उपलब्ध हो सके, और यदि NYC Health + Hospitals अनुरोधित फॉर्म और फॉर्मेट में इस प्रकार की स्वास्थ्य जानकारी आसानी से उपलब्ध नहीं कर सकते, तो मुझे मेरी जानकारी पढ़ने योग्य हार्ड कॉपी फॉर्म में या परस्पर सहमत हुए अनुसार अन्य फॉर्म और फॉर्मेट में प्रदान की जाएगी।

मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैं अपनी स्वास्थ्य जानकारी की इलेक्ट्रॉनिक प्रति का अनुरोध करता/करती हूँ, तो यह जानकारी मुझे प्रदान की जाएगी, यदि जानकारी ऐसे फॉर्म और फॉर्मेट में आसानी से उपलब्ध हो सके, यदि ऐसा न हो सके, तो परस्पर सहमत हुए अनुसार मुझे जानकारी पढ़ने योग्य इलेक्ट्रॉनिक फॉर्म और फॉर्मेट में प्रदान की जाएगी।

मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैं अपनी स्वास्थ्य जानकारी की ऑन-साइट जाँच का अनुरोध करता/करती हूँ, तो संबंधित स्वास्थ्य जानकारी प्रबंधन विभाग उचित और समयानुकूल ढंग से इस प्रकार की जाँच समायोजित करने के लिए ज़िम्मेदार होगा।

मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैं अपनी स्वास्थ्य जानकारी की प्रतियों का अनुरोध करता/करती हूँ, तो ऐसे अनुरोध के लिए मुझ पर लागत-आधारित उचित शुल्क प्रभारित किया जा सकता है और कोई भी शुल्क प्रभारित करने से पहले मुझे अनुमानित शुल्क के बारे में बताया जाएगा। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि भुगतान करने में मेरी अयोग्यता को मेरी स्वास्थ्य जानकारी के एक्सेस का अनुरोध अस्वीकार करने के एकमात्र कारण के रूप में प्रयुक्त नहीं किया जा सकता।

रोगी या व्यक्तिगत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर:

दिनांक/समय:

यदि रोगी न हो, तो व्यक्तिगत प्रतिनिधि का नाम, पता और फोन नंबर प्रिंट करें:

रोगी के साथ संबंध/रोगी की ओर से कार्यवाही करने हेतु/अधिकार:

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: \_\_\_\_\_