

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

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

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

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

صحت کے بارے میں معلومات تک  
رسائی کی درخواست

اس فارم کو NYC Health + Hospitals کی جانب سے اپنی صحت کے بارے میں معلومات تک رسائی حاصل کرنے کے لیے آپ کی درخواست کے اندراج کے لیے استعمال کیا جائے گا۔

رسائی کی صورت:  نقول  عمارت میں بیٹھ کر دیکھنا

معلومات فراہم کرنے کی صورت:  کاغذ  سی ڈی  ای میل  دیگر: \_\_\_\_\_

جاری کرنے کا طریقہ:

لینے کے لیے کسی کو بھیجنا / خود آنا  اس پتہ پر ای میل: \_\_\_\_\_

اس پتہ پر بذریعہ ڈاک: \_\_\_\_\_

تمام درخواستوں کے لیے مندرجہ ذیل معلومات مطلوب ہیں

وہ معلومات جن تک رسائی درکار ہے:

صحت کے بارے میں معلومات (تاریخ (تاریخیں)) \_\_\_\_\_  ریڈیالوجی کی رپورٹیں (تاریخ (تاریخیں)) \_\_\_\_\_  
 لیبارٹری کے ٹیسٹوں کے نتائج (تاریخ (تاریخیں)) \_\_\_\_\_  پرائمرس نوٹس (تاریخ (تاریخیں)) \_\_\_\_\_  
 بلنگ کے ریکارڈز (تاریخ (تاریخیں)): \_\_\_\_\_  میرا مکمل طبی ریکارڈ \_\_\_\_\_  
 دیگر (برائے مہربانی وضاحت کریں): \_\_\_\_\_

مندرجہ ذیل معلومات کو اس وقت تک جاری نہیں کیا جائے گا، جب تک کہ آپ مندرجہ ذیل میں سے متعلقہ کیٹیگری کو خاص طور پر منتخب نہیں کریں گے:

نشہ آور اشیاء استعمال کے عارضے کے بارے میں معلومات  ذہنی صحت کے بارے میں معلومات  
 جینیاتی ٹیسٹنگ کے بارے میں معلومات  ایچ آئی وی کے بارے میں معلومات

میں اس بات کو سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ مجھے یہ حق حاصل ہے کہ میں ایسی شکل اور ہیئت میں اپنی صحت کے بارے میں معلومات حاصل کروں کہ جس شکل اور ہیئت میں اس کو فوری طور پر بنایا جانا ممکن ہو، اور یہ کہ میں نے جس شکل اور ہیئت میں اپنی صحت کے بارے میں معلومات کی درخواست کی ہے اگر وہ شکل اور ہیئت NYC Health + Hospitals کے پاس فوری طور پر دستیاب نہ ہو تو مجھے یہ معلومات کاغذ پر ایسی شکل میں دی جائیں جس کو پڑھا جا سکے یا پھر کسی دوسری ایسی شکل اور ہیئت میں فراہم کی جائے کہ جس پر ہمارے درمیان اتفاق ہو۔

میں اس بات کو سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ اگر میں نے اپنی صحت کے بارے میں معلومات کو الیکٹرانک نقل کی صورت میں حاصل کرنے کی درخواست کی ہے، تو یہ مجھے صرف اس صورت میں ہی فراہم کی جائے گی کہ وہ الیکٹرانک شکل میں فوری طور پر تیار ہوگی یا پھر مجھے ایسی شکل میں فراہم کی جائے گی کہ جس پر ہمارے درمیان اتفاق ہو۔

میں اس بات کو سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ اگر میں نے سائیٹ پر ہی اپنی صحت کے بارے میں معلومات کے معائنے کی درخواست کی ہے تو ایسی صورت میں یہ متعلقہ ہیلتھ انفارمیشن مینجمنٹ ڈیپارٹمنٹ کی ذمہ داری ہے کہ وہ مناسب اور بروقت طریقہ کار کے ساتھ اس قسم کے معائنے کے لیے تعاون فراہم کرے۔

میں اس بات کو سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ اگر میں نے اپنی صحت کے بارے میں معلومات کی نقول کی درخواست کی ہے تو اس طرح کی درخواست کی مدد میں مجھ سے لاگت کے مطابق مناسب فیس وصول کی جائے گی اور یہ کہ اس طرح کی فیس مجھے بتائے جانے کے بعد ہی میرے اوپر لگائی جائے گی۔ میں اس بات کو سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ اگر میں ادائیگی کرنے کے قابل نہیں ہوں تو صرف اس کو ہی ایک سبب بنا کر میری صحت کے بارے میں معلومات کے حصول کی درخواست کا انکار نہیں کیا جا سکتا۔

مریض یا ذاتی نمائندے کے دستخط: \_\_\_\_\_ تاریخ / وقت: \_\_\_\_\_

اگر آپ مریض نہیں تو ذاتی نمائندہ کا نام، پتہ اور فون نمبر واضح طور پر لکھیں:

رشتہ/مریض کی جانب سے عمل کرنے کا اختیار: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_