যে তারিখ থেকে কার্যকরী হবেঃ **14 ই এপ্রিল, 2003**

নিউ ইয়র্ক সিটি হেলথ অ্যান্ড হসপিটালস্ কর্পোরেশন
গোপনীয়তা সংক্রান্ত নোটিশ

আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যগুলি কীভাবে ব্যবহার এবং প্রকাশ করা যাবে এবং আপনি কীভাবে এই তথ্য দেখার অধিকার পেতে পারেন তা এই নোটিশে বর্ণনা করা আছে। অনুগ্রহ করে সযত্নে এটির পর্যালোচনা করুন।

এই গোপনীয়তা বিষয়ক নোটিশে বলা আছে নিউ ইয়র্ক সিটি হেলথ অ্যান্ড হসপিটালস্ কর্পোরেশন (“NYCHHC”) আপনার সম্পর্কে কী ধরনের তথ্য সংগ্রহ করেছে, কার কাছে সেই তথ্য প্রকাশ করা যায় এবং এটিকে সুরক্ষিত রাখার জন্য কী ধরনের সুরক্ষা-বন্দোবস্তের ব্যবস্থা আছে। এই নোটিশে আপনার স্বাস্থ্য বিষয়ে তথ্যগুলি কীভাবে পাওয়া যাবে অথবা কীভাবে সেগুলি সংশোধন করা যাবে তা বর্ণনা করা আছে। যদি এই নোটিশে বর্ণিত ব্যবস্থাগুলি আমাদের আশানুরূপ হয়, তাহলে আপনাকে কিছু করতে হবে না। যদি আপনি আপনার সম্পর্কে তথ্যগুলি প্রকাশ করতে না চান, তাহলে নীচের বর্ণনা অনুসারে আমরা আপনার লিখিত অনুরোধ অনুযায়ী ব্যবস্থা নেব। যদি এই গোপনীয়তা সংক্রান্ত নোটিশটি সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তবে অনুগ্রহ করে আমাদের কর্পোরেট প্রিভেসি অফিসারের সঙ্গে CPO@NYCHHC.org ঠিকানায় ই-মেলের মাধ্যমে অথবা 1-866-HELP-HHC মাশুলবিহীন টেলিফোন নম্বরে যোগাযোগ করুন।

কে এই নোটিশ মেনে চলবেন?

এই নোটিশে NYCHHC ছাড়াও নিম্নলিখিতদের বিষয়ে নিয়মগুলি বর্ণনা করা হয়েছেঃ

- আপনার চিকিৎসা বিষয়ক চার্টে যে পেশাদার চিকিৎসককে তথ্য অন্তর্ভুক্ত করার অনুমতি দেওয়া হয়েছে
- NYCHHC এর সব বিভাগ এবং ইউনিটগুলি, হাসপাতাল, ক্লিনিক, কমিউনিটি প্রভাইডার এবং NYCHHC এর অধিভুক্ত কোনো সংগঠন যারা NYCHHC এর হাসপাতাল ইত্যাদিতে স্বাস্থ্য পরিষেবা দেওয়ার জন্য NYCHHC এর সঙ্গে কাজ করে
- NYCHHC এর কর্মীবর্গের কোনো সদস্য (যার মধ্যে আছে কর্মচারী, কর্মী সদস্য, স্বেচ্ছাসেবকগণ, ছাত্রছাত্রী এবং অন্যান্য NYCHHC কর্মীবৃন্দ)

এই সব সত্ত্বা ও স্থানগুলিতে নোটিশের শর্তাবলী মেনে চলা হবে। এছাড়াও এই ব্যক্তি, সত্ত্বা এবং স্থানগুলি একে অপরের সঙ্গে চিকিৎসা বিষয়ক তথ্যগুলি চিকিৎসা, অর্থ প্রদান, স্বাস্থ্য যত্ন বিষয়ক কাজগুলি, অথবা গবেষণার জন্য এই নোটিশে যেমন বর্ণনা করা আছে সেই অনুসারে একে অপরের কাছে প্রকাশ করতে পারে।

আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য বিষয়ে আমাদের অঙ্গীকার

আমরা জানি যে আপনার সম্পর্কে এবং আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কে তথ্যগুলি ব্যক্তিগত। আমরা আপনার চিকিৎসা বিষয়ক তথ্যগুলি সুরক্ষিত রাখতে দায়বদ্ধ। আমাদের ধরাবাঁধা কাজগুলির অংশ হিসাবে

আপনি যে যত্ন এবং পরিষেবা পান, আমরা তার একটি রেকর্ড তৈরি করি। আপনার জন্য উচ্চমানের যত্নের ব্যবস্থা করতে এবং কতগুলি নির্দিষ্ট আইনি প্রয়োজন মেটাতে এই রেকর্ডের দরকার হয়। আপনার যত্ন বিষয়ে NYCHHC 'র যতগুলি যত্নের রেকর্ড থাকবে তার সবগুলির ক্ষেত্রেই এই নোটিশটি প্রযোজ্য হবে তা আপনার ব্যক্তিগত ডাক্তার অথবা NYCHHC এর কর্মীরা যেই করুন না কেন।

যখনই আমরা এই নোটিশে "চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য" পরিভাষাটি ব্যবহার করব, আপনার স্বাস্থ্যের যত্ন এবং সেই স্বাস্থ্যের যত্নের জন্য অর্থপ্রদান বিষয়ে NYCHHC এর তৈরি তথ্য বা প্রাপ্ত তথ্য বোঝানো হবে।

আপনার সম্পর্কে চিকিৎসা বিষয়ক তথ্যগুলি আমরা যে উপায়ে ব্যবহার করতে পারি এবং প্রকাশ করতে পারি তা এই নোটিশে বলা হয়েছে। চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যের ব্যবহার এবং প্রকাশ সম্পর্কে আপনার অধিকারগুলি এবং কিছু নির্দিষ্ট কর্তব্যও আমরা এখানে বর্ণনা করেছি।

ফেডারেল আইন অনুসারে আমাদের অবশ্যই এগুলি করতে হবেঃ

- এটা নিশ্চিত করা যাতে আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যগুলি গোপন থাকে
- আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য সম্পর্কিত আমাদের আইনি কর্তব্যগুলি এবং গোপনীয়তা বিষয়ে বিধিগুলির এই নোটিশ আপনাকে দেওয়া
- গোপনীয়তা সংক্রান্ত যে নোটিশটি বর্তমানে কার্যকর আছে তার শর্তগুলি মেনে চলা

আপনার সম্পর্কে চিকিৎসা বিষয়ক তথ্যগুলি আমরা কীভাবে ব্যবহার এবং প্রকাশ করতে পারি

আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যগুলি যে বিভিন্ন উপায়ে আমরা ব্যবহার করতে পারি এবং প্রকাশ করতে পারি তা নীচে বর্ণনা করা হল। ব্যবহার এবং প্রকাশের প্রত্যেকটি শ্রেণী অনুসারে আমরা কী বোঝাতে চাইছি তা ব্যাখ্যা করব এবং উদাহরণ দেব। এই উদাহরণগুলি পূর্ণাঙ্গ নয়।

চিকিৎসার জন্য. আপনাকে চিকিৎসা অথবা পরিষেবা দেওয়ার জন্য আমরা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যগুলি ব্যবহার করতে পারি। আমরা ডাক্তার, নার্স, যন্ত্রবিদ, চিকিৎসা বিদ্যার ছাত্রছাত্রী অথবা NYCHHC তে আপনার যত্ন নেওয়ার দায়িত্বে আছেন এমন হাসপাতাল ইত্যাদির কর্মীবৃন্দের কাছে এই তথ্য প্রকাশ করতে পারি। উদাহরণস্বরূপঃ যে ডাক্তার আপনার পা ভাঙ্গার চিকিৎসা করছেন তাঁর জানা প্রয়োজন আপনার ডায়াবেটিস রোগ আছে কি না কারণ ডায়াবেটিস থাকলে সেরে উঠতে বেশি সময় লাগতে পারে। এছাড়াও ডাক্তার হয়ত পথ্যবিশেষজ্ঞকে বলবেন যে আপনার ডায়াবেটিস আছে যাতে আমরা আপনার জন্য উপযুক্ত খাবারের ব্যবস্থা করতে পারি। হাসপাতালের বিভিন্ন বিভাগগুলি আপনার চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য একে অপরের কাছে প্রকাশ করতে পারে যাতে আপনার বিভিন্ন প্রয়োজনগুলির মধ্যে যোগসূত্র থাকে যেমন প্রেসক্রিপশন, গবেষণাগারের কাজ এবং এক্স-রে। হাসপাতালের বাইরের ব্যক্তিদের কাছেও আমরা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে পারি যদি তাঁরা আপনার চিকিৎসার সঙ্গে যুক্ত থাকেন।

অর্থপ্রদানের জন্য. আপনার চিকিৎসা পরিষেবার অর্থ পাওয়ার জন্য আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত সুরক্ষিত তথ্য প্রয়োজন অনুসারে ব্যবহার করা হবে। উদাহণস্বরূপ, যাতে আপনার স্বাস্থ্য পরিকল্পনা থেকে আপনার শল্যচিকিৎসার খরচ দেওয়া হয় বা পরে পরিশোধ করে দেওয়া হয় তার জন্য NYCHHC তে আপনার যে শল্যচিকিৎসা হয়েছে সে বিষয়ে আপনার স্বাস্থ্য পরিকল্পনা সম্পর্কিত তথ্য দিতে হতে পারে। আপনার পরিকল্পনায় চিকিৎসার সম্পূর্ণ খরচ মেটানো যাবে কি না তা নির্ধারণ করার জন্য আপনার যে চিকিৎসা হতে যাচ্ছে সে সম্পর্কে আমরা আপনার স্বাস্থ্য পরিকল্পনাকে জানাতে পারি।

স্বাস্থ্য যত্ন বিষয়ক করণীয় কাজগুলির জন্য. NYCHHC এর দৈনন্দিন কাজকর্ম চালানোর জন্য প্রয়োজন অনুসারে আমরা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যগুলি ব্যবহার এবং প্রকাশ করতে পারি এবং এটা নিশ্চিত করতে পারি যাতে আমাদের সব রোগীরাই উচ্চমানের চিকিৎসা পান। উদাহরণস্বরূপ, আপনার যত্ন নেওয়ার ক্ষেত্রে আমাদের চিকিৎসা এবং পরিষেবা পর্যালোচনা করতে এবং আমাদের কর্মীদের কাজের কৃতিত্ব মূল্যায়ন করতে আমরা চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার করতে পারি। NYCHHC এর আর কী কী অতিরিক্ত পরিষেবা দেওয়া প্রয়োজন, কোন্ পরিষেবাগুলির প্রয়োজন নেই এবং কিছু নতুন চিকিৎসা কার্যকরী কি না সে সম্পর্কে সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য আমরা অনেক রোগীদের চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যগুলি একত্র করে দেখতে পারি। প্রয়োজনে আমরা আমাদের হিসাবরক্ষক, পরামর্শদাতা এবং অন্যান্য পেশদার যাঁরা আমাদের হাসপাতাল চালাতে সাহায্য করেন তাঁদেরও কাছেও এই তথ্য প্রকাশ করতে পারি।

সাক্ষাৎকার সংক্রান্ত স্মারকগুলি. হাসপাতালে কোনো সাক্ষাৎকার থাকলে আপনাকে তাগাদা দেওয়ার জন্য আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করার উদ্দেশ্যে আমরা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করতে পারি।

বিকল্প চিকিৎসাগুলি. আপনি আগ্রহী হতে পারেন চিকিৎসা বিষয়ে এমন বিকল্পগুলি সম্পর্কে আপনাকে বলার জন্য আমরা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করতে পারি।

স্বাস্থ্য সম্পর্কিত বেনিফিট এবং পরিষেবাগুলি. আপনাকে আগ্রহী করতে পারে এমন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত বেনিফিট, পরিষেবা এবং ঘটনাগুলি সম্পর্কে আপনাকে বলার জন্য আমরা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করতে পারি।

অর্থসংগ্রহ সংক্রান্ত ক্রিয়াকলাপসমূহ. আমরা আপনার নাম, ঠিকানা, যে তারিখে আপনার চিকিৎসা করা হয়েছে, বয়স, এবং আপনার অবস্থার সঙ্গে সম্পর্ক নেই এমন আরও কিছু তথ্য আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করার জন্য ব্যবহার করতে পারি যাতে আমাদের হাসপাতালগুলি এবং সেখানে চিকিৎসার ব্যবস্থাগুলির জন্য অর্থ সংগ্রহ করা যায়। আমরা ঐ একই তথ্য একই উদ্দেশ্যে একটি NYCHHC-এর সঙ্গে সম্পর্কযুক্ত প্রতিষ্ঠানের কাছে প্রকাশ করতে পারি। যদি আপনি এই অর্থসংগ্রহের প্রচেষ্টার লক্ষ্যে আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করতে দিতে না চান তবে অনুগ্রহ করে কর্পোরেট প্রাইভেসি অফিসারের সঙ্গে CPO@NYCHHC.org ই-মেল ঠিকানায় অথবা **1-866-HELP-HHC** নম্বরে টেলিফোনে যোগাযোগ করুন।

হাসপাতাল ইত্যাদির তালিকা. যদি আপনি আপত্তি না করেন, তাহলে আমরা আপনি হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় আপনার সম্পর্কে কিছু সীমিত তথ্য ভর্তি থাকা রোগীদের তালিকায় অন্তর্ভুক্ত করতে পারি। এই তথ্যের মধ্যে আপনার নাম, হাসপাতালে আপনার অবস্থান, আপনার সাধারণ অবস্থা (যেমন ভাল, স্থিতিশীল, ইত্যাদি), এবং আপনার ধর্মীয় বিশ্বাস অন্তর্ভুক্ত হতে পারে। আপনার ধর্মীয় বিশ্বাস ছাড়া এই সব তথ্য আপনার কথা নাম উল্লেখ করে যাঁরা জিজ্ঞাসা করবেন তাঁদেরও দেওয়া হতে পারে। শুধুমাত্র ধর্মযাজকদের আপনার ধর্ম বিশ্বাসের বিষয়ে জানানো হবে। যদি আপনি চান যে এর মধ্যে কিছু বা সব তথ্যই NYCHHC তার হাসপাতালের তালিকায় অন্তর্ভুক্ত না করুক তাহলে হাসপাতালে ডিরেক্টর অব অ্যাডমিটিং বা ভর্তি অধিকর্তাকে জানান।

যে সব ব্যক্তি আপনার যত্নের কাজে যুক্ত অথবা আপনার চিকিৎসার জন্য অর্থ প্রদানের সঙ্গে যুক্ত। যদি আপনি আপত্তি না করেন তাহলে আমরা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য আপনার চিকিৎসার সঙ্গে

যুক্ত আছেন এমন কোনো বন্ধু অথবা পরিবারের সদস্যের কাছে প্রকাশ করতে পারি। আপনার চিকিৎসার জন্য অর্থ দিচ্ছেন এমন কাউকেও আমরা এই তথ্য জানতে দিতে পারি।
আমরা আপনার পরিবার অথবা বন্ধুদের আপনার অবস্থা এবং আপনি যে হাসপাতালে আছেন তা জানাতে পারি। তাছাড়াও, দুর্ঘটনার ক্ষেত্রে ত্রাণে সাহায্য করছে এমন কোনো সত্ত্বাকে আমরা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য জানাতে পারি যাতে আপনার পরিবার আপনার অবস্থা, বর্তমান পরিস্থিতি এবং অবস্থানের কথা জানতে পারে।

যে সব ব্যক্তি আপনার হয়ে কাজ করতে পারেন. আমরা ব্যক্তিগত প্রতিনিধি, বাবা-মা অথবা অভিভাবকের কাছে আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে পারি। আপনার কোনো ব্যক্তিগত প্রতিনিধির নাম জানানোর অধিকার আছে যিনি আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যের গোপনীয়তা নিয়ন্ত্রণের ক্ষেত্রে আপনার তরফে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন। অপ্রাপ্তবয়স্কদের ক্ষেত্রে সাধারণত বাবা-মা এবং অভিভাবকদের চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যের গোপনীয়তা নিয়ন্ত্রণের অধিকার থাকে, যদি না অপ্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তির নিজের হয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে আইনের অনুমোদন থাকে।

গবেষণা. যদি আপনি কোনো নিদানিক পরীক্ষায় অংশগ্রহণ করে থাকেন, তবে আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার করা বা অন্য কাউকে জানানোর আগে আমরা আপনার লিখিত অনুমতির জন্য অনুরোধ জানাব। কোনো কোনো পরিস্থিতিতে আমরা আপনার লিখিত অনুমোদন ছাড়াই আপনার সম্পর্কে তথ্যগুলি একটি বিশেষ অনুমোদন প্রক্রিয়ার পরে ব্যবহার করতে পারি যাতে আপনার গোপনীয়তা সব থেকে কম ঝুঁকির সম্মুখীন হয়। কোনো গবেষণার প্রস্তুতির সময়, গবেষণা চলাকালীন অথবা তার পরে কোনো পরিস্থিতিতেই একজন গবেষক আপনার নাম প্রকাশ করবেন না বা জনসমক্ষে আপনাকে চিহ্নিত করবেন না।
আপনি যদি একটি নিদানিক পরীক্ষায় অংশগ্রহণ করতে চান, তাহলে আমরা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত গবেষণায় প্রাপ্ত তথ্য পরে প্রকাশ করার জন্য আপনাকে অনুরোধ করতে পারি; পরীক্ষা সম্পূর্ণ হয়ে যাওয়ার পরে আপনি আপনার সম্পর্কে নথিগুলি দেখতে পারেন।

আইনের বিধান অনুসারে. ফেডারেল, স্টেট অথবা স্থানীয় আইন অনুসারে আমরা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে বাধ্য থাকব।

স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার ক্ষেত্রে গুরুতর বিপদ এড়াতে. আমরা আপনার অথবা জনগণের অথবা অন্য কোনো ব্যক্তির স্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তার ক্ষেত্রে গুরুতর বিপদের আশঙ্কা প্রতিরোধ করতে প্রয়োজনে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার করতে পারি বা প্রকাশ করতে পারি।

তথ্যপ্রকাশের ক্ষেত্রে বিশেষ পরিস্থিতিসমূহ

সেনাবাহিনী এবং প্রাক্তন সৈনিক. যদি আপনি সেনাবাহিনীর একজন সদস্য হয়ে থাকেন, তাহলে সেনাবাহিনীর কম্যান্ড কর্তৃপক্ষের প্রয়োজনে আমরা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য জানাতে পারি।

কর্মীদের ক্ষতিপূরণ. কর্মীদের ক্ষতিপূরণ অর্থাৎ ওয়ার্কার্স কমপেনসেশন অথবা ঐ ধরনের কর্মসূচির কাছে আমরা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে পারি।

জনস্বাস্থ্য সম্পর্কিত ক্রিয়াকলাপগুলি. জনস্বাস্থ্য রক্ষার উদ্দেশ্যে যে সব সরকারি প্রতিষ্ঠান রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধের কাজ করার জন্য অথবা কিছু কিছু চিকিৎসা সম্পর্কিত অবস্থার প্রতিবেদন পাওয়ার জন্য

অনুমোদিত, যেমন জন্ম, মৃত্যু, নিগ্রহ, অবহেলা, এবং পারিবারিক হিংসা, সেই সব সংস্থার কাছে আমরা আপনার চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করতে পারি। এই তথ্য প্রকাশ করার আগে আমরা আপনার অনুমোদন নেওয়ার চেষ্টা করব শুধুমাত্র সেই সব ক্ষেত্র ছাড়া যখন আমাদের আপনার অনুমতি ছাড়াই কাজ করার প্রয়োজন বা তার অনুমোদন আছে।

এইচআইভি (HIV), মদ এবং মাদকাসক্তি, মানসিক স্বাস্থ্য এবং জিন সংক্রান্ত তথ্যের বিশেষ সুরক্ষা। এইচআইভি এর সঙ্গে সম্পর্কযুক্ত তথ্য, মদ এবং মাদকাসক্তির চিকিৎসা বিষয়ক তথ্য, মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য এবং জিনসংক্রান্ত তথ্যগুলির গোপনীয়তা রক্ষার ক্ষেত্রে বিশেষ সুরক্ষা প্রযোজ্য হবে। যদি আপনার চিকিৎসা এই বিশেষ ক্ষেত্রগুলির সঙ্গে সম্পর্কযুক্ত হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার চিকিৎসক অথবা পরামর্শদাতার সঙ্গে এই অতিরিক্ত সুরক্ষা বিষয়ে আরও তথ্যের জন্য যোগাযোগ করুন।

স্বাস্থ্য তত্ত্বাবধান ক্রিয়াকলাপসমূহ. আইনত অনুমোদিত ক্রিয়াকলাপগুলির জন্য আমরা চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য কোনো স্বাস্থ্য তত্ত্বাবধান এজেন্সীর কাছে প্রকাশ করতে পারি। এই তত্ত্বাবধান ক্রিয়াকলাপগুলির মধ্যে থাকবে হিসাব নিরীক্ষণ বা অডিট, তদন্ত এবং পরিদর্শন।

মামলা-মোকদ্দমাসমূহ. যদি আপনি কোনো মামলা বা আইনি বিতর্কে জড়িয়ে পড়েন, তবে কোনো আদালত বা প্রশাসনিক আদেশ পেলে আমরা চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে পারি। এছাড়া আদালতের কোনো পরোয়ানা, আবিষ্কারের সিদ্ধান্ত অথবা ঐ মামলায় জড়িত অন্যান্য কোনো ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্কযুক্ত কোনো আইনি পদ্ধতির ক্ষেত্রে যদি আপনাকে সেবিষয়ে বলার চেষ্টা করা হয়ে থাকে অথবা যে তথ্যের জন্য অনুরোধ করা হয়েছে তার সুরক্ষার জন্য কোনো আদেশ দান করা হয়ে থাকে তাহলেও আমরা চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে পারি।

আইন বলবৎকরণ. আইন জারি করার উদ্দেশ্যে আমরা চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে পারি যার মধ্যে নিম্নলিখিতগুলি থাকবেঃ

- মামলার ক্ষেত্রে জবাব দেওয়ার জন্য
- কোনো সন্দেহভাজন ব্যক্তি, পলাতক ব্যক্তি, কোনো জিনিস যা সাক্ষ্যদানের কাজে ব্যবহৃত হবে অথবা কোনো নিখোঁজ ব্যক্তিকে শনাক্ত করা বা তার অবস্থান নির্ণয় করার জন্য
- কোনো অপরাধে ক্ষতিগ্রস্তদের সঙ্গে সম্পর্ক আছে এমন পরিস্থিতিতে
- যে সব ক্ষেত্রে আমরা মনে করব অপরাধমূলক আচরণের ফলে মৃত্যু ঘটেছে
- হাসপাতালে ঘটেছে এমন কোনো অপরাধমূলক কাজের ক্ষেত্রে
- জরুরি অবস্থায় কোনো অপরাধমূলক কাজ সম্পর্কে জানানোর উদ্দেশ্যে; অপরাধ বা ক্ষতিগ্রস্তদের অবস্থান নির্ধারণের জন্য; অথবা যে ব্যক্তি অপরাধ করেছেন তাঁকে শনাক্ত করা, তাঁর বর্ণনা দেওয়া বা তাঁর অবস্থান জানানোর জন্য।

শবপরীক্ষক, চিকিৎসা সংক্রান্ত পরীক্ষক, অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া অধিকর্তা এবং শরীরের অঙ্গ দান। আমরা শবপরীক্ষক অথবা চিকিৎসা সংক্রান্ত পরীক্ষকের কাছে চিকিৎসা বিষয়ক তথ্য প্রকাশ করতে পারি। অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া অধিকর্তাদের কাছে আমরা তাঁদের কর্তব্য সম্পাদনের জন্য প্রয়োজন সাপেক্ষে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে পারি। শরীরের অঙ্গ, চোখ এবং দেহকোষ দানের ক্ষেত্রে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশ করা যেতে পারে।

জাতীয় নিরাপত্তা এবং গোয়েন্দা ক্রিয়াকলাপ. গোয়েন্দা, প্রতিপক্ষের গোয়েন্দাগিরি প্রতিরোধ, এবং অন্যান্য আইনত অনুমোদিত জাতীয় নিরাপত্তা ক্রিয়াকলাপগুলির ক্ষেত্রে আপনি অনুমোদিত ফেডারেল আধিকারিকদের কাছে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে পারেন।

রাষ্ট্রপতি এবং অন্যান্যদের সুরক্ষা পরিষেবা. আমরা অনুমোদিত ফেডারেল আধিকারিকদের কাছে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে পারি যাতে তাঁরা রাষ্ট্রপতি, অন্যান্য অনুমোদিত ব্যক্তি, অন্যান্য রাষ্ট্রনেতাদের সুরক্ষার ব্যবস্থা করতে পারেন অথবা বিশেষ তদন্তসমূহ পরিচালনা করতে পারেন।

জেলের অধিবাসী. কোনো সংশোধনমূলক প্রতিষ্ঠানের অধিবাসীদের চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য আমরা ঐ প্রতিষ্ঠান অথবা আইন বলবৎকারী আধিকারিকদের কাছে প্রকাশ করতে পারি। এই তথ্য প্রকাশ করার প্রয়োজন হতে পারে **(1)** যদি সংশোধনমূলক প্রতিষ্ঠানটি ঐ অধিবাসীর চিকিৎসা করাতে চায়; **(2)** ঐ অধিবাসীর স্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তা অথবা অন্যান্যদের স্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তা রক্ষা করার জন্য; এবং **(3)** সংশোধনমূলক প্রতিষ্ঠানটির নিরাপত্তা এবং সুরক্ষার জন্য।

চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য বিষয়ে আপনার অধিকার

আপনার সম্পর্কে যে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য আমরা রাখি সেই বিষয়ে আপনার নিম্নলিখিত অধিকারগুলি আছেঃ

তথ্য জানার এবং তার অনুলিপি পাওয়ার অধিকার. আপনার সম্পর্কে সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য যে তথ্য ব্যবহার করা হয়ে থাকতে পারে তা জানার এবং তার অনুলিপি পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। সাধারণত চিকিৎসা সংক্রান্ত এবং অর্থ প্রদান সংক্রান্ত নথি এর অন্তর্ভুক্ত হয়, কিন্তু মানসিক চিকিৎসা বিষয়ক নোট অথবা একটি নিদানিক পরীক্ষার সঙ্গে সম্পর্কযুক্ত তথ্যগুলি এর মধ্যে ধরা হয় না।

আপনার সম্পর্কে সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য যে তথ্য ব্যবহার করা হয়ে থাকতে পারে তা জানা অথবা কপি করার জন্য অনুগ্রহ করে হাসপাতালের হেলথ ইনফরমেশন ম্যানেজমেন্ট ডিপার্টমেন্ট এর কাছে আপনার লিখিত অনুরোধ জমা দিন। আপনি যদি তথ্যের একটি কপি চান তাহলে আমরা কপি করা, তা প্রস্তুত করা এবং ডাকযোগে পাঠানোর জন্য অর্থ দাবি করতে পারি। যদি আপনাকে ঐ তথ্যে প্রবেশের অধিকার না দেওয়া হয়, তাহলে আমরা সে বিষয়টি আপনার কাছে ব্যাখ্যা করব।

আপনার তথ্যে প্রবেশাধিকার না দেওয়া হলে আপনি বিষয়টি পুনর্বিবেচনার জন্য অনুরোধ করতে পারেন। NYCHHC নির্বাচিত একজন লাইসেন্সপ্রাপ্ত পেশাদার চিকিৎসক আপনার অনুরোধটি এবং তার প্রত্যাখ্যান পুনরায় বিচার করবেন। যে ব্যক্তি পুনর্বিবেচনা করবেন এবং যে ব্যক্তি অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করেছেন তাঁরা একই ব্যক্তি হতে পারবেন না। আমরা এই পুনর্বিবেচনার ফলাফল মেনে নেব।

সংশোধনের অধিকার. যদি আপনি মনে করেন যে আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত যে তথ্য আমাদের কাছে আছে তা সঠিক নয় অথবা অসম্পূর্ণ তাহলে আপনি আমাদের তা সংশোধন করে নেওয়ার জন্য অনুরোধ করতে পারেন। যতক্ষণ পর্যন্ত এই তথ্য হাসপাতালের কাছে বা হাসপাতালের জন্য রাখা হবে ততক্ষণ আপনার এই সংশোধনের জন্য অনুরোধ করার অধিকার থাকবে। অনুগ্রহ করে সংশোধনের জন্য আপনার লিখিত অনুরোধ হাসপাতালের হেলথ ইনফরমেশন ম্যানেজমেন্ট ডিপার্টমেন্ট এর কাছে জমা দিন। এছাড়া আপনাকে অবশ্যই অনুরোধের সমর্থনে কারণ জানাতে হবে। আপনার অনুরোধটি যদি লিখিত না হয় অথবা যদি তার মধ্যে ঐ অনুরোধের সমর্থনের কোনো কারণ না জানানো থাকে তাহলে আমরা অনুরোধটি প্রত্যাখ্যান করতে পারি। এছাড়াও আপনি নিম্নলিখিত তথ্যগুলি সংশোধনের জন্য আমাদের কাছে আবেদন করলে আমরা আপনার অনুরোধটি প্রত্যাখ্যান করতে পারিঃ

- যদি ঐ তথ্য আমাদের তৈরি না হয়, যদি না আপনি আমাদের এর সমর্থনে কারণ দর্শাতে পারেন যে ঐ তথ্য যে ব্যক্তি তৈরি করেছেন তাঁকে আর এবিষয়ে পদক্ষেপ নেওয়ার জন্য অথবা সংশোধনের জন্য পাওয়া যাচ্ছে না।
- আপনার সম্পর্কে সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য যে তথ্য ব্যবহার করা হতে পারে সেই তথ্যের অংশ না হয়
- আপনাকে পরিদর্শনের বা কপি করার অনুমোদন দেওয়া যায় এমন তথ্যের যদি সেটি অংশ না হয়
- নিখুঁত এবং সম্পূর্ণ হয়

তথ্য প্রকাশের হিসাবরক্ষণ সংক্রান্ত অধিকার. আপনার "তথ্য প্রকাশের হিসাবরক্ষণ" এর জন্য অনুরোধ করার অধিকার আছে। আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য কার কাছে প্রকাশ করা হয়েছে এটি তার একটি তালিকা। এই তালিকার মধ্যে কিছু কিছু তথ্য অন্তর্ভুক্ত হবে না যেমন আপনার চিকিৎসা, অর্থ প্রদান অথবা NYCHHC এ আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত পদক্ষেপগুলি, অথবা যে তথ্য প্রকাশ আপনার অনুমতি নিয়ে করা হয়েছে। এই তালিকাটির জন্য হাসপাতালের হেলথ ইনফরমেশন ম্যানেজমেন্ট ডিপার্টমেন্ট এর কাছে আপনার লিখিত অনুরোধ জমা দিন। আপনার অনুরোধে অবশ্যই একটি সময়সীমার উল্লেখ থাকবে যেটি ছয় বছরের বেশি হবে না এবং তাতে 14 ই এপ্রিল, 2003 এর আগের কোনো তারিখ অবশ্যই থাকবে না। আপনি তালিকাটি কোন ফরম্যাটে পেতে চান (যেমন, কাগজে অথবা ইলেকট্রনিক ফরম্যাটে) তা অবশ্যই অনুরোধে উল্লেখ করবেন। 12 মাস সময়ের মধ্যে আপনি প্রথম যে তালিকাটির জন্য অনুরোধ করবেন সেটি বিনামূল্যে দেওয়া হবে। অতিরিক্ত তালিকাগুলির জন্য আমরা তথ্য সরবরাহ করার খরচ নিতে পারি। এই খরচ সম্পর্কে আমরা আপনাকে জানাব এবং আমরা অর্থ দাবি করার আগেই আপনি অনুরোধটি বাতিল করতে পারেন অথবা সেটির পরিবর্তন করতে পারেন।

বিধিনিষেধ জারি করার অধিকার. আপনার চিকিৎসা, অর্থপ্রদান, এবং চিকিৎসা সংক্রান্ত পদক্ষেপগুলি সংক্রান্ত যে তথ্য আমরা ব্যবহার করি অথবা প্রকাশ করি সেই তথ্য প্রকাশের ওপর কিছু বিধিনিষেধ জারির জন্য অনুরোধ করার অধিকার আপনার আছে। আপনার যত্নের কাজে যুক্ত আছেন যেমন আপনার পরিবারের কোনো সদস্য বা বন্ধুর কাছে যে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করা হবে তার সীমা নির্দিষ্ট করে দেওয়ার জন্য অনুরোধ করার অধিকার আপনার আছে। যেমন, যদি কোনো চিকিৎসা সংক্রান্ত পদ্ধতি আপনার ওপর প্রয়োগ করা হয়ে থাকে তা ব্যবহার অথবা প্রকাশ না করার অনুরোধ।

আপনার অনুরোধ পালনের ক্ষেত্রে আমাদের কোনো বাধ্যবাধকতা নেই. যদি আমরা একমত হই তাহলে আমরা আপনার অনুরোধ পালন করব, যদি না সেই তথ্য জরুরি চিকিৎসার কাজে প্রয়োজন হয়। নিয়ন্ত্রণগুলির জন্য অনুরোধ জানানোর ক্ষেত্রে আপনার লিখিত অনুরোধ হাসপাতালের ডাইরেক্টর অব অ্যাডমিটিং অর্থাৎ ভর্তি অধিকর্তা অথবা ডাইরেক্টর অব রেজিস্ট্রেশন অর্থাৎ নিবন্ধন অধিকর্তার কাছে অনুগ্রহ করে জমা দেবেন। আপনার অনুরোধে অনুগ্রহ করে আমাদের নিম্নলিখিত বিষয়গুলি সম্পর্কে বলুন

- আপনি কোন্ তথ্যগুলি সীমিত করতে চান
- আপনি আমাদের দ্বারা তথ্যগুলির ব্যবহার, প্রকাশ বা উভয়ই সীমিত করতে চান কি না
- এই সীমা কার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে (যেমন, আপনার স্বামী/স্ত্রীর কাছে প্রকাশ)

গোপনীয় বিষয়ে চিঠিপত্র ইত্যাদি আদানপ্রদানের অনুরোধের অধিকার. কোনো নির্দিষ্ট স্থানে একটি নির্দিষ্ট উপায়ে এই চিঠিপত্র ইত্যাদি পাঠানোর জন্য আপনি অনুরোধ করতে পারেন। যেমন, আপনি অনুরোধ করতে পারেন যাতে আমরা শুধুমাত্র আপনার কর্মস্থলে অথবা ই-মেলের মাধ্যমে যোগাযোগ করি।

গোপনীয় চিঠিপত্র ইত্যাদি আদানপ্রদানের জন্য লিখিত অনুরোধ মেডিক্যাল করেসপনডেন্স ইউনিট এর কাছে জমা দেবেন। আমরা আপনার অনুরোধের কারণ জানতে চাইব না। আমরা সব যুক্তিগ্রাহ্য অনুরোধগুলির ব্যাপারেই ব্যবস্থা নেওয়ার চেষ্টা করব। আপনার অনুরোধে অবশ্যই নির্দিষ্ট করে বলা থাকবে কীভাবে এবং কোথায় আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করা যাবে।

এই নোটিশের একটি কাগজে ছাপা কপি পাওয়ার অধিকার. আপনার এই নোটিশের একটি কাগজে ছাপা অনুলিপি পাওয়ার অধিকার আছে। আপনি যে কোনো সময়ে এই নোটিশের একটি কপি চেয়ে নিতে পারেন। আপনি নোটিশটি ইলেকট্রনিক মাধ্যমে পেয়ে থাকলেও ঐ নোটিশের একটি কাগজে ছাপা কপি পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। আপনি আমাদের ওয়েবসাইট www.NYCHHC.org এও নোটিশের একটি কপি পেতে পারেন। এই নোটিশের কাগজে ছাপা কপি পাওয়ার জন্য হাসপাতালের ভর্তি অথবা নিবন্ধন বিভাগের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

নোটিশে পরিবর্তনসমূহ

নোটিশটি পরিবর্তন করার অধিকার আমাদের। সংশোধিত অথবা পরিবর্তিত নোটিশটি আপনার যে সব চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ইতিমধ্যেই আমাদের কাছে আছে এবং যে তথ্য ভবিষ্যতে আমরা পাব তার সবগুলির ক্ষেত্রেই কার্যকরী হবে। আমরা হাসপাতালে বর্তমান নোটিশের একটি কপি নোটিশবোর্ডে লাগিয়ে রাখব। নোটিশটি কার্যকর হওয়ার তারিখ প্রথম পাতার ওপরে ডান দিকে লেখা থাকবে।

অভিযোগসমূহ

আপনি যদি মনে করেন যে আপনার গোপনীয়তা সংক্রান্ত অধিকার লঙ্ঘন করা হয়েছে তাহলে আপনি NYCHHC এর কাছে অথবা ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেস্ এর সেক্রেটারির কাছে অভিযোগ জমা দিতে পারেন। NYCHHC তে অভিযোগ জমা দেওয়ার জন্য অনুগ্রহ করে মাশুলবিহীন হটলাইন **1-866-HELP-HHC** নম্বরে ফোন করুন অথবা CPO@NYCHHC.org ঠিকানায় একটি ই-মেল পাঠান।

অভিযোগ জমা দেওয়ার কারণে আপনাকে শাস্তি পেতে হবে না।

চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যের অন্যান্য ব্যবহার

এই নোটিশে বলা নেই এমন ব্যবহার এবং তথ্য প্রকাশ অথবা যে সব আইন আমাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য তা শুধুমাত্র আপনার লিখিত অনুমতি নিয়েই করা হবে। যদি আপনি চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার অথবা প্রকাশের অধিকার দেন, তাহলেও আপনি যে কোনো সময় সেই অনুমতি প্রত্যাহার করে নিতে পারেন।

যদি আপনি অনুমতি প্রত্যাহার করেন তাহলে আপনার লিখিত অনুমতিতে যে কারণগুলি দেওয়া আছে তার ফলে আমরা আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যগুলি ব্যবহার অথবা প্রকাশ করতে পারব না। তবে আপনার অনুমতি নিয়ে ইতিমধ্যেই কোনো তথ্য প্রকাশিত হয়ে থাকলে আমরা সেটি ফিরিয়ে নিতে পারব না এবং আমরা আপনার যে চিকিৎসা করেছি তা আমরা আমাদের নথিতে রাখতে বাধ্য।

স্বীকৃতি

নীচের ফর্মটি তারিখ দিয়ে সই করে আমি স্বীকার করছি যে আমি নিউ ইয়র্ক সিটি হেলথ অ্যান্ড হসপিটালস্ কর্পোরেশনের গোপনীয়তা সংক্রান্ত নোটিশের একটি কপি পেয়েছি।

রোগীর নাম (Patient's Name)	রোগীর মেডিক্যাল রেকর্ড নম্বর (Patient's Medical Record Number)
রোগীর স্বাক্ষর (Patient's Signature)	আজকের তারিখ (Today's Date)

যদি রোগীর কোনো ব্যক্তিগত প্রতিনিধি এটি কার্যকরী করেন তাহলে অনুগ্রহ করে নীচের জায়াগাটিতে আপনার নাম ছাপার হরফে লিখুনঃ

ব্যক্তিগত প্রতিনিধির নাম (Personal Representative's Name)	ব্যক্তিগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর (Personal Representative's Signature)

For use by NYCHHC staff only:

- ☐ Patient refused to sign
- ☐ Patient unable to sign

NYCHHC Employee's Initials

Today's Date