

ہیلتھ انفارمیشن ایکسچینج، کیئر ایوری وہیئر اور ہیلتھکس کے لیے منظوری فارم
HEALTH INFORMATION EXCHANGE, CARE EVERYWHERE
AND HEALTHIX CONSENT FORM

اس منظوری فارم میں، آپ یہ انتخاب کر سکتے ہیں کہ آیا این وائی یو لینگون ہیلتھ سسٹم (NYU Langone Health System) کے ہیلتھ انفارمیشن ایکسچینج (Health Information Exchange, "HIE") کی ویب سائٹ <http://health-connect.med.nyu.edu/> پر مندرجہ نگہداشت صحت فراہم کنندگان ("ایچ آئی ای کے شرکاء") اور غیر این وائی یو لینگون کے جو صحت فراہم کنندگان موجودہ معالجہ کے مقاصد کے مدنظر آپ کے طبی ریکارڈوں تک رسائی کی درخواست کر سکتے ہیں (کیئر ایوری وہیئر پرووائیڈرز) ان کو ایچ آئی ای کے ذریعہ چلنے والے کمپیوٹر نیٹ ورک کی معرفت اپنے طبی ریکارڈوں تک رسائی حاصل کرنے کی اجازت دینا ہے۔ کیئر ایوری وہیئر پرووائیڈرز کے یہ جاننے کے لیے کہ معلومات ایچ آئی ای کی معرفت دستیاب ہو سکتی ہے، آپ کو انہیں یہ بتا دینا ضروری ہے کہ آپ ایچ آئی ای کے شرکاء کے مریض ہیں/تھے اور درخواست کرنے پر اس طرح کی معلومات دستیاب ہو سکتی ہے۔ اس سے جن مختلف جگہوں پر آپ نے نگہداشت صحت حاصل کی وہاں موجود آپ کے طبی ریکارڈوں کو حاصل کرنے اور آپ کا علاج کرنے والے فراہم کنندگان کو اسے دستیاب کرانے میں مدد مل سکتی ہے۔

In this Consent Form, you can choose whether to allow the health care providers listed on the NYU Langone Health System Health Information Exchange ("HIE") website <http://health-connect.med.nyu.edu/> ("HIE Participants") and non-NYU Langone health providers who may request access to your medical records for purposes of current treatment ("Care Everywhere Providers") to obtain access to your medical records through a computer network operated by the HIE. In order for a Care Everywhere Provider to know that information may be available through the HIE, you must tell them that you were/are a patient of an HIE Participant and that such information may be available upon request. This can help collect the medical records you have in different places where you get health care, and make them available to the providers treating you.

آپ اس منظوری فارم کو یہ فیصلہ کرنے کے لیے بھی استعمال کر سکتے ہیں کہ آیا این وائی یو لینگون ہیلتھ سسٹم اور الحاق یافتہ اداروں کے ملازمین، ایجنٹوں یا طبی عملہ کے ممبروں کو ہیلتھکس کی معرفت، جو ہیلتھ انفارمیشن ایکسچینج، یا نیو یارک کی ریاست سے تسلیم شدہ غیر منفعتی تنظیم، ریجنل ہیلتھ انفارمیشن آرگنائزیشن ہے، آپ کے الیکٹرانک صحت کے ریکارڈوں کو دیکھنے اور ان تک رسائی حاصل کرنے کی اجازت دینی ہے یا نہیں۔ اس سے جن مختلف جگہوں پر آپ نے نگہداشت حاصل کی وہاں موجود آپ کے طبی ریکارڈوں کو حاصل کرنے اور آپ کا علاج کرنے والے فراہم کنندگان کو الیکٹرانک طریقے سے اسے دستیاب کرانے میں بھی مدد مل سکتی ہے۔ یہ منظوری کسی بھی این وائی یو لینگون ہیلتھ سسٹم اور الحاق یافتہ اداروں کے اس پروگرام کے لیے جس میں آپ مریض یا ممبر ہیں، ہیلتھکس کی معرفت معلومات کا افشاء کرنے کے لیے مجاز آپ کے دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندگان سے آپ کے ریکارڈوں تک رسائی حاصل کرنے کی بھی آپ کو اجازت دیتی ہے۔ موجودہ ہیلتھکس کے معلومات کے مآخذ کی ایک مکمل فہرست ہیلتھکس سے دستیاب ہے جو <http://www.healthix.org> پر ہیلتھکس کی ویب سائٹ چیک کر کے یا 877-695-4749 پر کال کر کے کسی بھی وقت حاصل کی جا سکتی ہے۔ درخواست کرنے پر آپ کا فراہم کنندہ اس ویب سائٹ سے آپ کے لیے یہ فہرست پرنٹ کر دے گا۔

You may also use this Consent Form to decide whether or not to allow employees, agents or members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to see and obtain access to your electronic health records through Healthix, which is a Health Information Exchange, or Regional Health Information Organization, a not-for-profit organization recognized by the state of New York. This can also help collect the medical records you have in different places where you get healthcare, and make them available electronically to the providers treating you. This consent also gives your permission for any NYU Langone Health System and affiliated entities program in which you are a patient or member, to access your records from your other healthcare providers authorized to disclose information through Healthix. A complete list of current Healthix Information Sources is available from Healthix and can be obtained at any time by checking the Healthix website at <http://www.healthix.org> or by calling 877-695-4749. Upon request, your provider will print this list for you from this website.

آپ کے انتخاب سے طبی نگہداشت یا صحت بیمہ کوریج حاصل کرنے کی آپ کی اہلیت متاثر نہیں ہوگی۔ منظوری دینے یا اس سے منع کرنے کا آپ کا انتخاب صحت خدمات سے انکار کی بنیاد نہیں ہو سکتا ہے۔

YOUR CHOICE WILL NOT AFFECT YOUR ABILITY TO GET MEDICAL CARE OR HEALTH INSURANCE COVERAGE. YOUR CHOICE TO GIVE OR TO DENY CONSENT MAY NOT BE THE BASIS FOR DENIAL OF HEALTH SERVICES.

ایچ آئی ای اور ہیلتھکس نگہداشت صحت کی خدمات کے معیار کو بہتر بنانے کے لیے الیکٹرانک طور پر اور محفوظ طریقے سے لوگوں کی صحت کے بارے میں معلومات کا اشتراک کرتی ہے۔ اس قسم کے اشتراک کو ای ہیلتھ یا معلومات صحت کی ٹیکنالوجی کہا جاتا ہے۔ نیو یارک ریاست میں ای ہیلتھ کے بارے میں مزید جاننے کے لیے، کتابچہ "بہتر معلومات کا مطلب ہے بہتر نگہداشت" (Better Information Means Better Care) پڑھیں۔ آپ اپنے نگہداشت صحت فراہم کنندہ سے یہ طلب کر سکتے ہیں یا ویب سائٹ www.ehealth4ny.org پر جا سکتے ہیں۔

The HIE and Healthix share information about people's health electronically and securely to improve the quality of health care services. This kind of sharing is called ehealth or health information technology. To learn more about ehealth in New York State, read the brochure, "Better Information Means Better Care". You can ask your health care provider for it, or go to the website www.ehealth4ny.org.

براہ کرم اپنا فیصلہ کرنے سے قبل حقائق نامہ پر درج معلومات کو پڑھ لیں۔ آپ کی منظوری کے انتخابات۔ آپ یہ فارم ابھی یا آئندہ پُر کر سکتے ہیں۔ آپ کے پاس درج ذیل اختیارات ہیں:

PLEASE CAREFULLY READ THE INFORMATION ON THE FACT SHEET BEFORE MAKING YOUR DECISION. Your Consent Choices. You can fill out this form now or in the future. You have the following choices:

براہ کرم نیچے ایک باکس کو نشان زد کریں:

Please check one box below:

1. میں ایچ آئی ای کی ویب سائٹ پر مندرج ایچ آئی ای کے سبھی شرکاء اور کیئر ایوری وھینر پرووائیڈرز کو ایچ آئی ای کی معرفت میری ساری الیکٹرانک معلومات صحت تک رسائی حاصل کرنے کی منظوری دیتا ہوں اور میں این وائی یو لینگون ہیلتھ سسٹم اور الحاق یافتہ اداروں کے سبھی ملازمین، ایجنٹوں اور طبی عملہ کے ممبروں کو حقائق نامہ میں بیان کردہ کسی بھی اجازت یافتہ مقاصد، بشمول مجھے نگہداشت صحت کی کوئی خدمات فراہم کرنے، بشمول ہنگامی نگہداشت کے سلسلے میں ہیلتھکس کی معرفت میری ساری الیکٹرانک معلومات صحت تک رسائی حاصل کرنے کی منظوری دیتا ہوں۔

1. **I GIVE CONSENT** to ALL of the HIE Participants listed on the HIE website and Care Everywhere Providers to access ALL of my electronic health information through the HIE and **I GIVE CONSENT** to ALL employees, agents and members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to access ALL of my electronic health information through HEALTHIX in connection with any of the permitted purposes described in the fact sheet, including providing me any health care services, including emergency care.

2. میں ایچ آئی ای کی ویب سائٹ پر مندرج ایچ آئی ای کے شرکاء اور کیئر ایوری وھینر پرووائیڈرز کو ایچ آئی ای کی معرفت میری الیکٹرانک معلومات صحت تک رسائی حاصل کرنے کی منظوری دینے سے انکار کرتا ہوں اور میں این وائی یو لینگون ہیلتھ سسٹم اور الحاق یافتہ اداروں کے سبھی ملازمین، ایجنٹوں اور ممبروں کو کسی بھی مقصد سے حتیٰ کہ طبی ہنگامی حالت میں بھی ہیلتھکس کی معرفت میری الیکٹرانک معلومات صحت تک رسائی حاصل کرنے کی منظوری دینے سے انکار کرتا ہوں۔

2. **I DENY CONSENT** to the HIE Participants listed on the HIE website and Care Everywhere Providers to access my electronic health information through the HIE and **I DENY CONSENT** to employees, agents and members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to access my electronic health information through HEALTHIX for any purpose, *even in a medical emergency*.

نوٹ: جب تک آپ "میں منظوری سے انکار کرتا ہوں" والے باکس کو نشان زد نہیں کرتے، ریاست نیو یارک کا قانون ہنگامی حالت میں آپ کا علاج کر رہے لوگوں کو آپ کے طبی ریکارڈوں، بشمول ایچ آئی ای اور ہیلتھکس کی معرفت دستیاب ریکارڈوں تک رسائی حاصل کرنے کی اجازت دیتا ہے۔ اگر آپ انتخاب نہیں کرتے ہیں تو نیو یارک ریاست کے قانون کے ذریعہ حسب اجازت ہنگامی حالت کے علاوہ ریکارڈوں کا اشتراک نہیں کیا جائے گا۔

NOTE: UNLESS YOU CHECK THE "I DENY CONSENT" BOX, New York State law allows the people treating you in an emergency to get access to your medical records, including records that are available through the HIE and HEALTHIX. IF YOU DON'T MAKE A CHOICE, the records will not be shared except in an emergency as allowed by New York State Law.

تاریخ
Date

مریض کی تاریخ پیدائش
Patient's Date of Birth

جلی حروف میں مریض کا نام
Print Name of Patient

جلی حروف میں قانونی نمائندے کا نام اور رشتہ (اگر قابل اطلاق ہو)
Print Name of Legal Representative and Relationship
(if applicable)

دستخط مریض یا مریض کا قانونی نمائندہ
Signature of Patient or Patient's Legal Representative

این وائی یو لینگون ایچ آئی ای، کیئر ایوری وہینر اور ہیلتھکس حقائق نامہ

ایچ آئی ای، کیئر ایوری وہینر اور ہیلتھکس کی معرفت تبادلہ کردہ مریض کی معلومات اور منظوری کی کارروائی کے بارے میں تفصیلات:

1. آپ کی معلومات کس طرح استعمال کی جائے گی۔ آپ کی الیکٹرانک معلومات صحت ایچ آئی ای کے شرکاء اور کیئر ایوری وہینر پرووائیڈرز کے ذریعہ فراہم کی جائے گی صرف:
 - آپ کو طبی علاج اور متعلقہ خدمات فراہم کرنے کے لیے۔
 - یہ چیک کرنے کے لیے آیا آپ کے پاس صحت بیمہ ہے اور یہ کس چیز کا احاطہ کرتا ہے۔
 - سبھی مریضوں کو فراہم کردہ طبی نگہداشت کے معیار کی قدر پیمائی کرنے اور اس میں بہتری لانے کے لیے۔

جب تک بصورت دیگر ریاستی اور وفاقی قانون سے اجازت یافتہ نہ ہو، اور اگر ہیلتھکس سے اجازت یافتہ ہو تو این وائی یو لینگون ہیلتھ کے نگہداشت صحت کے بیمہ منصوبوں کے ذریعہ آپ کی الیکٹرانک معلومات صحت کا افشاء، اس تک رسائی اور اسے استعمال کیا جائے گا صرف:

- نگہداشت کے نظم و نسق کی سرگرمیاں انجام دینے کے لیے۔ مناسب طبی نگہداشت حاصل کرنے میں آپ کی اعانت کرنا، آپ کو فراہم کردہ نگہداشت صحت کی خدمات کے معیار میں بہتری لانا، آپ کو فراہم کردہ نگہداشت صحت کی متعدد خدمات کی فراہمی میں ربط ضبط بنانا، یا طبی نگہداشت کے منصوبے کے بعد آپ کا تعاون کرنا اس میں شامل ہے۔
- معیار میں اصلاح کی سرگرمیاں فراہم کرنے کے لیے۔ آپ کو اور این وائی یو لینگون ہیلتھ کے سبھی مریضوں اور ممبروں کو فراہم کردہ طبی نگہداشت کے معیار کی قدر پیمائی کرنا اور ان میں بہتری لانا اس میں شامل ہے۔

نوٹ: اس منظوری فارم میں جو انتخاب آپ کرتے ہیں وہ صحت بیمہ دہندگان کو یہ فیصلہ کرنے کے لیے آپ کی معلومات تک رسائی حاصل کرنے کی اجازت نہیں دیتا ہے کہ آیا آپ کو صحت بیمہ دینا ہے یا آپ کے بلوں کی ادائیگی کرنی ہے۔ آپ یہ انتخاب کسی علیحدہ منظوری فارم میں کر سکتے ہیں جو صحت بیمہ دہندہ کو استعمال کرنا ضروری ہے۔

2. آپ کے بارے میں کس قسم کی معلومات صحت شامل ہیں۔ اگر آپ منظوری دیتے ہیں تو ایچ آئی ای کے شرکاء اور کیئر ایوری وہینر پرووائیڈرز ایچ آئی ای کی معرفت دستیاب آپ کی ساری الیکٹرانک معلومات صحت تک رسائی حاصل کر سکتے ہیں اور این وائی یو لینگون ہیلتھ سسٹم اور الحاق یافتہ اداروں کے سبھی ملازمین، ایجنٹ اور طبی عملہ کے ممبران ہیلتھکس کی معرفت دستیاب آپ کی ساری الیکٹرانک معلومات صحت تک رسائی حاصل کر سکتے ہیں۔ اس میں اس منظوری فارم کی تاریخ سے پہلے اور اس کے بعد تخلیق شدہ معلومات شامل ہے۔ آپ کی صحت کے ریکارڈوں میں آپ کو ہوئی کسی بیماری یا ضرورت (جیسے ذیابیطس یا ٹوٹی ہوئی ہڈی) کی سرگزشت، جانچ کے نتائج (جیسے ایکس رے یا خون جانچیں) اور آپ نے جو دوائیں لی ہیں ان کی فہرستیں شامل ہو سکتی ہیں۔ اس معلومات کا تعلق صحت کی حساس کیفیات سے ہو سکتا ہے، بشمول لیکن بلا تحدید:

<ul style="list-style-type: none"> • الکحل یا منشیات کے استعمال کے مسائل بشمول، لیکن بلا تحدید، • تشخیص، دوا، تشخیصی معلومات، سرگزشت اور خلاصے، طبی یادداشتیں اور ڈسچارج کا خلاصہ • ضبط تولید اور اسقاط (خاندانی منصوبہ بندی) 	<ul style="list-style-type: none"> • ذہنی صحت کا علاج • الرجیاں • جنیاتی (موروثی) امراض یا جانچیں • جنسی لحاظ سے منتقل شدہ امراض • ایچ آئی وی/ایڈز
--	---

3. آپ کے بارے میں معلومات صحت کہاں سے آتی ہے۔ آپ کے بارے میں معلومات ان جگہوں سے جنہوں نے آپ کو طبی نگہداشت یا صحت بیمہ فراہم کیا ہے ("معلومات کے ماخذ") سے آتی ہے۔ ان میں ہسپتال، فزیشنز، فارمیسیز، کلینکل لیباریٹریز، صحت بیمہ دہندگان، میڈیکل پروگرام اور وہ دیگر صحت تنظیمیں شامل ہو سکتی ہیں جو الیکٹرانک طریقے سے معلومات کا تبادلہ کرتی ہیں۔ موجودہ ایچ آئی ای کے معلومات کے ماخذ کی ایک مکمل تفصیل این وائی یو لینگون ہیلتھ سسٹم یا آپ کے ایچ آئی ای کے شرکت کنندہ کے نگہداشت صحت فراہم کنندہ سے، حسب اطلاق دستیاب ہے۔ آپ معلومات کے ماخذ کی ایک اپ ڈیٹ شدہ فہرست ایچ آئی ای کی ویب سائٹ <http://health-connect.med.nyu.edu/> چیک کر کے کسی بھی وقت حاصل کر سکتے ہیں۔ آپ اس پتے پر لکھ کر: **NYU Langone Health, Privacy Officer, One Park Ave, 3rd Floor, New York, NY 10016** یا **212-404-4079** پر کال کر کے این وائی یو لینگون ہیلتھ کے رازداری آفیسر (Privacy Officer) سے رابطہ کر سکتے ہیں۔ موجودہ ہیلتھکس کے معلومات کے ماخذ کی ایک مکمل فہرست ہیلتھکس سے دستیاب ہے جو <http://www.healthix.org> پر ہیلتھکس کی ویب سائٹ چیک کر کے یا **877-695-4749** پر ہیلتھکس کو کال کر کے کسی بھی وقت حاصل کی جا سکتی ہے۔

4. اگر آپ منظوری دیتے ہیں تو آپ کے بارے میں معلومات تک کون رسائی حاصل کر سکتا ہے۔ "این وائی یو لینگون ہیلتھ سسٹم اور الحاق یافتگان" میں جیسا کہ اس منظوری فارم میں استعمال کیا گیا ہے این وائی یو لینگون کے ہسپتال، این وائی یو کے اسکول آف میڈیسن، این وائی یو لینگون میں موجود فیملی ہیلتھ سنٹرز، این وائی یو وینٹھروپ ہاسپٹل اور این وائی یو وینٹھروپ کے طبی الحاق یافتگان شامل ہیں۔ صرف ان مقامات سے تعلق رکھنے والے یہ افراد آپ کے بارے میں معلومات تک رسائی حاصل کر سکتے ہیں: ڈاکٹر اور وہ دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندگان جو کسی منظور شدہ ایچ آئی ای کے شرکت کنندہ، ہیلتھکس شرکت کنندہ یا کیئر ایوری وہینر پرووائیڈر کے اس طبی عملہ میں خدمت انجام دیتے ہیں جو آپ کی طبی نگہداشت میں شامل ہوتے ہیں؛ وہ نگہداشت صحت فراہم کنندگان جو ایچ آئی ای کے شرکت کنندہ یا کیئر ایوری وہینر پرووائیڈر کے ڈاکٹروں کا احاطہ کرتے یا انہیں کال کرتے ہیں؛ معیار کی اصلاح یا نگہداشت کے نظم و نسق کی سرگرمیوں میں شامل نامزد عملہ؛ اور کسی منظور شدہ ایچ آئی ای کے شرکت کنندہ یا کیئر ایوری وہینر پرووائیڈر کے عملہ کے وہ ممبران جو اس منظوری فار کے ذریعہ اجازت یافتہ سرگرمیاں انجام دیتے ہیں جیسا کہ اوپر پیراگراف ایک میں بیان کیا گیا ہے۔

5. آپ کی معلومات تک غیر مناسب رسائی یا اس کے غیر مناسب استعمال پر ہرجائے۔ آپ کی الیکٹرانک معلومات صحت تک غیر مناسب رسائی یا اس کے غیر مناسب استعمال پر ہرجائے ہیں۔ اگر کسی بھی وقت آپ کو شبہ ہو کہ آپ کے بارے میں معلومات جس شخص کو نظر نہیں آئی چاہیے یا اس تک رسائی حاصل نہیں ہونی چاہیے اس نے ایسا کیا ہے تو ایچ آئی ای کے شرکاء یا کیئر ایوری وھیئر پرووائیڈرز میں سے اس شخص کو کال کریں جس نے آپ کے ریکارڈوں تک رسائی کو منظور کیا ہو؛ ایچ آئی ای کی ویب سائٹ دیکھیں: <http://health-connect.med.nyu.edu/> یا این وائی ایس کے محکمہ صحت کو 877-690-2211 پر کال کریں۔ اگر کسی بھی وقت آپ کو شبہ ہو کہ آپ کے بارے میں معلومات جس شخص کو نظر نہیں آئی چاہیے یا اس تک رسائی حاصل نہیں ہونی چاہیے اس نے ہیلتھکس کی معرفت ایسا کیا ہے تو ہیلتھکس کو اس نمبر پر کال کریں: 877-695-4749؛ یا ہیلتھکس کی ویب سائٹ دیکھیں: <http://www.healthix.org>؛ یا این وائی ایس کے محکمہ صحت کو 877-690-2211 پر کال کریں۔

6. معلومات کا دوبارہ افشاء۔ آپ کے بارے میں کسی بھی الیکٹرانک معلومات صحت کا ایچ آئی ای کے شرکت کنندہ یا کیئر ایوری وھیئر پرووائیڈر کے ذریعہ دوسروں کے سامنے ریاستی اور وفاقی قوانین اور ضوابط سے صرف اجازت حد تک دوبارہ افشاء کیا جا سکتا ہے۔ یہ بات آپ کے بارے میں اس معلومات صحت پر بھی صادق آتی ہے جو کسی کاغذی شکل میں موجود ہے۔ جیسا کہ اوپر #2 میں بیان کیا گیا، اگر آپ منظوری دیتے ہیں تو آپ کی ساری الیکٹرانک معلومات صحت، بشمول حساس معلومات صحت ایچ آئی ای اور ہیلتھکس کی معرفت دستیاب ہوگی۔ کچھ ریاستی یا وفاقی قوانین بعض قسم کی حساس معلومات صحت کے لیے خصوصی تحفظات فراہم کرتے ہیں، بشمول درج ذیل سے تعلق رکھنے والی معلومات: (i) بعض فراہم کنندگان کے ذریعہ آپ کی تشخیص، علاج یا صحت کی کیفیت کا معائنہ؛ (ii) ایچ آئی ای وی/ایڈز؛ (iii) ذہنی بیماری؛ (iv) ذہنی اتلاف اور نشوونما سے متعلق معذوریات؛ (v) ممنوعات کا بیجا استعمال؛ اور (vi) بشمول رجحان کی حیثیاتی جانچ۔ جب بھی لوگوں کو ایسی حساس معلومات صحت موصول ہوں انہیں ان کے مخصوص تقاضوں پر عمل کرنا ضروری ہے۔ ایچ آئی ای، ہیلتھکس اور افراد، بشمول کیئر ایوری وھیئر پرووائیڈرز، جو معلومات صحت کے ان تبادلوں کی معرفت اس معلومات تک رسائی حاصل کرتے ہیں، انہیں ان تقاضوں کی تعمیل کرنا ضروری ہے۔

7. مؤثر مدت۔ یہ منظوری فارم اس دن تک جس دن آپ اپنی منظوری واپس لیں گے یا جب تک ایچ آئی ای آپریشن کو ختم نہ کر دے یا آپ کی موت کے بعد 50 سال تک، جو بھی بعد میں ہو، مؤثر رہے گا۔

8. اپنی منظوری واپس لینا۔ آپ نئے منظوری فارم پر دستخط کر کے اور میں منظوری سے انکار کرتا ہوں کو منتخب کر کے کسی بھی وقت اپنی منظوری واپس لے سکتے ہیں۔ آپ یہ فارم ایچ آئی ای کی ویب سائٹ <http://health-connect.med.nyu.edu/> پر حاصل کر سکتے ہیں۔ مکمل ہو جانے پر براہ کرم 917-829-2096 پر فیکس کریں یا اپنے فراہم کنندہ کے پاس جمع کرائیں۔

نوٹ: تنظیمیں، بشمول کیئر ایوری وھیئر پرووائیڈرز جو آپ کی منظوری نافذ رہنے کے دوران ایچ آئی ای اور/یا ہیلتھکس کی معرفت آپ کی معلومات تک رسائی کرتے ہیں وہ خود اپنے طبی ریکارڈوں میں آپ کی معلومات کو کاپی یا آپ کی معلومات کو شامل کر سکتے ہیں۔ چاہے آپ بعد میں اپنی رضامندی واپس لینے کا فیصلہ کریں، ان سے اسے واپس کرنے یا اپنے ریکارڈ سے اس کو ہٹانے کی تقاضہ نہیں کیا جاتا ہے۔

9. کسی باکس کو نشان زد کرنے (ایک انتخاب کرنے) سے انکار کرنا۔ جب تک آپ "میں منظوری دینے سے انکار کرتا ہوں" والے باکس کو نشان زد نہیں کرتے، ریاست نیو یارک کا قانون ہنگامی حالت میں آپ کا علاج کر رہے لوگوں کو آپ کے طبی ریکارڈوں، بشمول ایچ آئی ای اور ہیلتھکس کی معرفت دستیاب ریکارڈوں تک رسائی حاصل کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔ اگر آپ انتخاب نہیں کرتے ہیں تو نیو یارک ریاست کے قانون کے ذریعہ حسب اجازت ہنگامی حالت کے علاوہ ریکارڈوں کا اشتراک نہیں کیا جائے گا۔

10. فارم کی کاپی۔ آپ اس منظوری فارم پر دستخط کرنے کے بعد اس کی ایک نقل حاصل کرنے کے حقدار ہیں۔

11. منظوری سے انکار کرنے کے خطرات۔ اگر آپ ایچ آئی ای کے شرکاء اور کیئر ایوری وھیئر پرووائیڈرز کے لیے ایچ آئی ای اور ہیلتھکس کی معرفت اپنی معلومات صحت تک رسائی کی اجازت دینے سے انکار کرتے ہیں تو آپ کے نگہداشت صحت فراہم کنندگان بروقت انداز میں کسی سابقہ ابتلاء کے دوران حاصل کردہ آپ کے بارے میں نازک معلومات صحت تک رسائی حاصل نہیں کر سکیں گے۔