NYU Langone Health
গোপনীয়তা নীতির বিজ্ঞপ্তি

আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যগুলিকে কীভাবে ব্যবহার করা ও প্রকাশ করা হতে পারে এবং আপনি কীভাবে এই তথ্য দেখার সুযোগ পেতে পারেন তা এই বিজ্ঞপ্তিটি বর্ণনা করে। অনুগ্রহ করে এটিকে যত্নসহকারে পড়ুন।

আমরা আপনার গোপনীয়তা রক্ষার প্রতি অঙ্গীকারবদ্ধ

NYU Langone Health আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের ব্যক্তিগততা এবং গোপনীয়তা বজায় রাখার প্রতি প্রতিশ্রুতিবদ্ধ। শুধুমাত্র এই বিজ্ঞপ্তির বর্ণনা অনুযায়ী আমরা আপনার স্বাস্থ্যগত তথ্য ব্যবহার অথবা প্রকাশ (জানাবো) করব। এই বিজ্ঞপ্তিটি পাওয়ার স্বীকৃতি হিসাবে আপনাকে একটি প্রাপ্তিস্বীকার ফর্মে স্বাক্ষর করতে বলা হবে।

কারা এই বিজ্ঞপ্তি মেনে চলে

এটি একটি যৌথ বিজ্ঞপ্তি যা এই স্থানগুলিতে থাকা NYU Langone Health এর সমস্ত কর্মচারী, চিকিৎসা কর্মী, প্রশিক্ষণার্থী, শিক্ষার্থী, স্বেচ্ছাসেবী এবং এজেন্টরা অনুসরণ করেন:

- NYU Langone Hospitals (NYU Langone Health Home Care সহ)
- NYU Grossman School of Medicine (আমাদের Faculty Group Practices সহ)
- NYU Langone Health এর পরিবার স্বাস্থ্য কেন্দ্রগুলি
- সাউথ-ওয়েস্ট Brooklyn ডেন্টাল প্র্যাকটিসেস

NYU ল্যাঙ্গোন হাসপাতাল এবং NYU গ্রসম্যান স্কুল অফ মেডিসিন নিম্নলিখিত সংস্থাগুলির সাথে একটি সংগঠিত স্বাস্থ্য পরিচর্যা ব্যবস্থায় (Organized Health Care Arrangement, "OHCA") অংশগ্রহণ করে:

- NYU Langone Health এ থাকা পারিবারিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র;
- সাউথ-ওয়েস্ট ব্রুকলিন ডেন্টাল প্র্যাকটিস
- লং আইল্যান্ড সাম্প্রদায়িক হাসপাতাল (Long Island Community Hospital, “LICH”)

সেই সংস্থাগুলি যারা OHCA-এ অংশগ্রহণ করে তারা এই বন্দোবস্ত সম্পর্কিত চিকিৎসা, অর্থপ্রদান এবং স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিচালনার জন্য নিজেদের মধ্যে আপনার তথ্য ব্যবহার ও বিনিময় করতে পারে।

যদি NYU Langone Health এর পেশাজীবীরা আপনাকে অন্য কোনো স্থানে চিকিৎসা বা পরিষেবা প্রদান করেন, উদাহরণস্বরূপ Manhattan VA Medical Center বা Bellevue Hospital Center-এ, তাহলে আপনি সেখানে যে গোপনীয়তার নীতির বিজ্ঞপ্তি পান সেটা প্রযোজ্য হবে।

আপনার তথ্য ব্যবহার ও বিনিময় করা

যে সকল বিভিন্ন উপায়ে আমরা আপনার তথ্য ব্যবহার ও বিনিময় করতে পারি, এই বিভাগটি সে সম্পর্কে বর্ণনা দেয়। আমরা সাধারণত এইসকল উদ্দেশ্যে আপনার সাথে ফোনে যোগাযোগ করব, কিন্তু আপনি যদি আমাদেরকে আপনার ইমেল ঠিকানা বা একটি টেক্সট মেসেজ পাঠানোর অনুমতি দিয়ে থাকেন, তাহলে আমরা সেইভাবে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারি। টেক্সট

NYU Langone Health
গোপনীয়তা নীতির বিজ্ঞপ্তি

মেসেজ এবং ইমেলের মাধ্যমে যোগাযোগ অনিরাপদ এবং আনএনক্রিপ্ট করা হতে পারে, এবং আমাদের আপনার মোবাইল ফোন নম্বর বা ইমেল প্রদান করে, আপনি NYU Langone Health কে আপনার সাথে এইভাবে যোগাযোগ করার অনুমোদন দেন।

আমরা প্রধানত চিকিৎসা, অর্থপ্রদান, এবং স্বাস্থ্য সেবা পরিচালনার উদ্দেশ্যে আপনার তথ্য ব্যবহার ও বিনিময় করি। এর অর্থ হল আমরা আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার ও বিনিময় করি:

- অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীদের সাথে যারা আপনার চিকিৎসা করছে অথবা একজন ফার্মাসির সাথে যে আপনার প্রেসক্রিপশন সম্পূর্ণ করছে;
- স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবার জন্য পেমেন্ট সংগ্রহ করার উদ্দেশ্যে অথবা আপনার চিকিৎসার জন্য পূর্ব-অনুমোদন পাওয়ার উদ্দেশ্যে আপনার বীমা প্রকল্পের সাথে; এবং
- আমাদের ব্যবসা চালানোর জন্য, আপনার পরিচর্যা উন্নত করার জন্য, আমাদের পেশাদারদের শিক্ষণের জন্য এবং প্রদানকারীর কর্মপ্রদর্শন মূল্যায়ন করার জন্য।

কখনো কখনো আমরা আপনার তথ্য আমাদের ব্যবসায়িক সহযোগীদের সাথে বিনিময় করতে পারি, যেমন একটি বিলিং পরিষেবা, যেটি আমাদের ব্যবসা পরিচালনার ক্ষেত্রে আমাদের সাহায্য করে। আমাদের সকল ব্যবসায়িক সহযোগীদের অবশ্যই আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের গোপনীয়তা এবং নিরাপত্তা রক্ষা করতে হবে, ঠিক যেভাবে আমরা করে থাকি।

আমরা আপনার সাথে যোগাযোগ করার জন্যও আপনার তথ্য ব্যবহার ও বিনিময় করতে পারি:

- স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত সুবিধা ও পরিষেবাগুলির প্রসঙ্গে।
- আপনার আসন্ন অ্যাপয়েন্টমেন্টের ব্যাপারে।
- আপনি একটি গবেষণা প্রকল্পে অংশগ্রহণ করতে ইচ্ছুক কিনা জানার জন্য।
- NYU Langone Health-এর জন্য অনুদান সংগ্রহের ব্যাপারে।

অর্থসংগ্রহ সংক্রান্ত বার্তালাপগুলি গ্রহণ না করার সিদ্ধান্ত নেওয়ার অধিকার আপনার আছে। আপনি NYU Langone Health উন্নয়ন দপ্তর (Development Office) এর সাথে developmentoffice@nyulangone.org এ বা 212-404-3640 বা, নিঃশুল্ক 1-844-651-4036 নম্বরে ফোন করে যোগাযোগ করার মাধ্যমে এটি করতে পারেন।

আপনি অংশগ্রহণ করতে সক্ষম এমন গবেষণা প্রকল্প সম্পর্কে আপনি বিজ্ঞপ্তি পেতে ইচ্ছুক না হলে আপনি research-contact-optout@nyulangone.org অথবা 1-855-777-7858-এ যোগাযোগ করতে পারেন।

যদি আমরা সংবেদনশীল স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার করি অথবা বিনিময় করি তাহলে বিশেষ সুরক্ষা প্রযোজ্য হবে। এর মধ্যে রয়েছে HIV-সম্পর্কিত তথ্য, মানসিক স্বাস্থ্যের তথ্য, অ্যালকোহল অথবা মাদক দ্রব্য অপব্যবহারের চিকিৎসা তথ্য, অথবা জেনেটিক তথ্য। উদাহরণস্বরূপ, নিউ ইয়র্ক স্টেট আইনের অধীনে গোপনীয় HIV-সম্পর্কিত তথ্য কেবল আইন অনুযায়ী অনুমতি প্রাপ্ত ব্যক্তিকে অথবা আপনি একটি নির্দিষ্ট অনুমোদন ফর্ম স্বাক্ষর করার মাধ্যমে যে ব্যক্তিকে এটি নেওয়ার অনুমতি

প্রদান করেছেন তাকে জানানো যাবে। যদি আপনার চিকিৎসার সাথে এই তথ্যটি যুক্ত থাকে তাহলে আপনি আরও ব্যাখ্যার জন্য প্রাইভেসি অফিসারের সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারেন।

কখনও কখনও আইনি প্রয়োজন অনুযায়ী অন্য কোনও উপায়েও আমাদের আপনার তথ্য শেয়ার করার অনুমতি আছে। নিম্নলিখিত কারণের জন্য আপনার তথ্য জানানোর আগে আমাদেরকে আইন অনুযায়ী কয়েকটি নির্দিষ্ট শর্ত পূরণ করতে হবে। প্রত্যেকটির কয়েকটি উদাহরণের মধ্যে রয়েছে:

- জনস্বাস্থ্য এবং সুরক্ষা: রোগ, জন্ম, অথবা মৃত্যুর ব্যাপারে জানানো; নির্যাতনের সন্দেহের বিষয়ে, উপেক্ষা, অথবা গার্হস্থ্য হিংসার ব্যাপারে জানানো; স্বাস্থ্য এবং জনসুরক্ষা সম্পর্কে গম্ভীর বিপদ এড়ানোর জন্য; প্রোডাক্ট রিকল পর্যবেক্ষণ করার জন্য; এবং সুরক্ষা এবং গুণমান সংক্রান্ত উদ্দশ্যে তথ্য জানানো
- গবেষণা: হেল্‌থ রেকর্ড প্রোজেক্ট বিশ্লেষণ করা যেটির আমাদের ইনস্টিটিউশনাল রিভিউ বোর্ড (institutional review board, IRB) দ্বারা অনুমোদন দেওয়া হয়েছে এবং আপনার গোপনয়ীতার ক্ষেত্রে কম ঝুঁকির; কোনও গবেষণা সমীক্ষার জন্য প্রস্তুতি; সমীক্ষা যার সাথে কেবল মৃতের তথ্য যুক্ত থাকে
- বিচার এবং প্রশাসনিক প্রক্রিয়া সংক্রান্ত: কোনও আদালত বা প্রশাসনিক আদেশের উত্তর দেওয়া
- কর্মীর ক্ষতিপূরণ এবং অন্যান্য সরকারি অনুরোধ: কর্মীর ক্ষতিপূরণের দাবির পেমেন্ট বা শুনানি; আইন অনুযায়ী অনুমোদিত গতিবিধির জন্য স্বাস্থ্য নিরীক্ষণ এজেন্সি; বিশেষ সরকারি কাজ (সামরিক, জাতীয় সুরক্ষা)
- আইনি বলবৎকরণ: একজন সন্দেহজনক ব্যক্তি অথবা নিরুদ্দিষ্ট ব্যক্তিকে সনাক্ত অথবা খোঁজার জন্য আইনি বলবৎকরণ আধিকারিকের মাধ্যমে
- আইন প্রতিপালন করার জন্য: স্বাস্থ্য দপ্তর এবং মানব বিপর্যয় উপশম পরিস্থিতিতে: আপনার পরিবার, বন্ধু এবং জরুরী অবস্থায় সহায়তা করার জন্য আইন অনুযায়ী সংরক্ষিত এজেন্সিদের জনানোর জন্য আপনার অবস্থান এবং সাধারণ অবস্থান জানানো
- বিপর্যয় উপশম পরিস্থিতি: আপনার পরিবার, বন্ধু এবং জরুরী অবস্থায় সহায়তা করার জন্য আইন অনুযায়ী সংরক্ষিত এজেন্সিদের জনানোর জন্য আপনার অবস্থান এবং সাধারণ অবস্থান জানানো
- সেই সংস্থাগুলিকে যারা অঙ্গ, টিস্যু, অথবা চক্ষুদান অথবা ট্রান্সপ্ল্যান্টেশনের ব্যবস্থা করে
- কাজ করার জন্য আবশ্যকতা অনুযায়ী একজন করোনার, চিকিৎসাগত পরীক্ষক, অথবা অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া পরিচালকের সাথে
- অনুমতি প্রাপ্ত ব্যবহার অথবা প্রকাশের ক্ষেত্রে প্রসঙ্গক্রমে: অ্যাপয়েন্টমেন্টের জন্য একটি অপেক্ষা গৃহে আপনার নাম ডাকা এবং অপেক্ষা গৃহে অন্যান্যরা আপনার নাম শুনতে পারে। আমরা প্রসঙ্গগত ব্যবহার এবং প্রকাশ সীমিত করার জন্য ন্যায্য প্রয়াস করি।

নিম্নলিখিত পরিস্থিতিতে আমরা আপনার তথ্য ব্যবহার করতে পারি অথবা জানাতে পারি, যদি না আপনি আপত্তি জানান অথবা যদি না আপনি আমাদেরকে নির্দিষ্টভাবে অনুমতি দেন। যদি কোনও কারণের জন্য আপনি আমাদেরকে আপনার পছন্দ না বলতে পারেন, উদাহরণস্বরূপ যদি

NYU Langone Health

NYU Langone Health
গোপনীয়তা নীতির বিজ্ঞপ্তি

আপনি অজ্ঞান থাকেন তাহলে আমরা আপনার তথ্য জানাতে পারি, যদি আমরা বিশ্বাস করি যে এটি আপনার কল্যানের উদ্দেশ্যে।

- আমাদের পেশেন্ট ডিরেক্টরির জন্য, আমাদের যাজক পরিষেবা বিভাগ সহ, যেমন পাদরি অথবা রাব্বি।
- আপনার পরিবার, বন্ধু, অথবা অন্য কোনও ব্যক্তির সঙ্গে যারা আপনার পরিচর্যা অথবা আপনার পরিচর্যার পেমেন্টের সাথে যুক্ত।

নিম্নলিখিত পরিস্থিতি আপনি আমাদেরকে লিখিত অনুমতি দিলেই কেবল আমরা আপনার তথ্য ব্যবহার করি বা জানাই:

- মার্কেটিংয়ের উদ্দেশ্যে
- আপনার তথ্যের বিক্রয় অথবা তৃতীয় পক্ষের থেকে পেমেন্ট
- সাইকোথেরাপি নোটের বেশিরভাগটা জানানো
- এই বিজ্ঞপ্তিতে উল্লেখবিহীন অন্য কোনও কারণ

আপনি এই অনুমতি প্রত্যাহার (ফেরত নিতে) করতে পারেন যদি না আমরা প্রাইভেসি অফিসারের সঙ্গে যোগাযোগ করার মধ্যে ইতিমধ্যেই এটির ওপর নির্ভর থাকি।

আপনার অধিকার

আপনার স্বাস্থ্য তথ্যের ক্ষেত্রে আপনার কিছু নির্দিষ্ট অধিকার আছে। আপনি:

- বিলিং রেকর্ড সহ আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ড পর্যবেক্ষণ করতে পারেন অথবা একটি ইলেক্ট্রনিক অথবা কাগুজে প্রতিলিপি পেতে পারেন। আপনার রেকর্ডের জন্য আপনাকে ন্যায্য খরচ ভিত্তিক ফি চার্জ করা হতে পারে। যে কোনও বিলম্বের ব্যাপারে আমরা আপনাকে জানাব। এছাড়াও https://mychart.nyulmc.org/ এ গিয়ে আমাদের সুরক্ষিত রোগী পোর্টাল, NYU Langone Health MyChart ব্যবহার করে আপনি সরাসরি আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য দেখতে পারেন।
- বার্তালাপ গোপনীয় রাখার অনুরোধ জানান। আপনি আমাদেরকে একটি নির্দিষ্ট উপায়ে যোগাযোগ করার অনুরোধ করতে পারেন, উদাহরণস্বরূপ সেলফোন। আমি সমস্ত ন্যায্য অনুরোধের জন্য "হ্যাঁ" বলব।
- আপনার চিকিৎসা, পেমেন্ট, এবং স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রক্রিয়ার জন্য আমরা যা ব্যবহার করি বা জানাই তা সীমিত করার জন্য আমাদেরকে অনুরোধ করুন। আমরা অনুরোধের প্রতি সম্মতি দেওয়ার জন্য বাধ্য নই কিন্তু আমরা এটি পর্যবেক্ষণ করব। যখন আপনি কোনও পরিষেবার জন্য সম্পূর্ণভাবে নিজে খরচ বহন করবেন এবং আমাদেরকে আপনার বীমা প্ল্যানকে এটি না জানানোর অনুরোধ করবেন তখন যদি কোনও আইন অনুযায়ী এই তথ্য জানানোর প্রয়োজন না হয় তাহলেই আমরা সম্মতি জ্ঞাপন করব।
- যদি আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ড বেঠিক অথবা অসম্পূর্ণ হয় তাহলে আমাদেরকে তা সংশোধন করার জন্য অনুরোধ করুন। আমরা আপনার অনুরোধের জন্য "না" বলেত পারি, কিন্তু আমরা 60 দিনের মধ্যে লিখিতভাবে আপনাকে এটির কারণ জানাব।

- আমরা যাদেরকে আপনার তথ্য জানিয়েছি তাদের তালিকাটি গ্রহণ করুন। আমরা কতবার আপনার তথ্য জানিয়েছি এবং আপনার অনুরোধের আগে কেন ছয় বছর পর্যন্ত জানিয়েছি, আপনি সেটির একটি তালিকা (অ্যাকাউন্টিংয়ের) অনুরোধ করতে পারেন। এই তালিকায় সমস্ত প্রকাশকে সংযুক্ত করা হবে না যেমন চিকিৎসা, অর্থপ্রদান অথবা স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রক্রিয়ার জন্য করা প্রকাশ। আপনার কাছে কোনও রকম চার্জ ছাড়াই প্রত্যেক 12 মাসে একবার এই তালিকা পাওয়ার অধিকার আছে কিন্তু সেই সময় অতিরিক্ত তালিকা প্রদান করার জন্য আমরা আপনার কাছে মূল্য ধার্য করতে পারি।
- এই গোপনীয়তা বিজ্ঞপ্তির একটি তালিকা গ্রহণ করুন। কেবল আমাদেরকে অনুরোধ করুন এবং আমরা আপনার পছন্দ মতো ফরম্যাটে আপনাকে একটি প্রতিলিপি প্রদান করব (কাগুজে অথবা ইলেক্ট্রনিক)।
- আপনার পক্ষ থেকে পদক্ষেপ নেওয়ার জন্য কাউকে বেছে নিন। এই "ব্যক্তিগত প্রতিনিধি" আপনার অধিকার ব্যবহার করতে পারে এবং আপনার স্বাস্থ্যগত তথ্যের ব্যাপারে সিদ্ধান্ত নিতে পারে। সাধারণতঃ, অপ্রাপ্তবয়স্কের পিতা-মাতা এবং অভিভাবক বাচ্চার জন্য এই অধিকারটি পাবেন, যদি না অপ্রাপ্তবয়স্কের কাছে আইন অনুযায়ী নিজে থেকে ব্যবস্থা নেওয়ার অধিকার থাকে।
- যদি আপনি মনে করেন যে আপনার অধিকার লঙ্ঘন করা হয়েছে তাহলে একটি অভিযোগ দায়ের করুন। আপনি প্রাইভেসি অফিসার অথবা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের স্বাস্থ্য এবং মানব পরিষেবা দপ্তরের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। একটি অভিযোগ দায়ের করার জন্য আমরা প্রতিশোধ নেব না অথবা আপনার বিরুদ্ধে কোনও ব্যবস্থা নেব না।
- আপনার ইলেক্ট্রনিক চিকিৎসাগত রেকর্ড সম্পর্কিত অতিরিক্ত গোপনীয়তা সুরক্ষার অনুরোধ করুন।

আমাদের দায়িত্ব

- আইন অনুযায়ী আমাদেরকে আপনার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্যের গোপনীয়তা বজায় রাখতে হয়।
- যদি কোনও লঙ্ঘন ঘটে যা হয়তো আপনার সনাক্তকরণযোগ্য তথ্যের গোপনীয়তা বা সুরক্ষার সাথে আপোস করে থাকতে পারে, সে ব্যাপারে আমরা আপনাকে জানাব।
- আমাদেরকে অবশ্যই এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত অনুশীলনগুলি মেনে চলতে হবে এবং আপনাকে এটির একটি প্রতিলিপি দিতে হবে।
- এই বিজ্ঞপ্তির শর্তগুলি পরিবর্তন করার অধিকার আমরা সংরক্ষিত রাখি এবং আপনার সম্পর্কে আমাদের কাছে থাকা সকল তথ্যের ক্ষেত্রে পরিবর্তনগুলি প্রযোজ্য হবে। নতুন বিজ্ঞপ্তিটি অনুরোধক্রমে এবং আমাদের ওয়েবসাইট www.nyulangone.org এ উপলব্ধ হবে।

প্রশ্ন অথবা উদ্বেগ

যদি আপনার কোনও প্রশ্ন থাকে অথবা এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত আপনার অধিকার প্রয়োগ করতে চান তাহলে অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত ঠিকানায় প্রাইভেসি অফিসারের সঙ্গে যোগাযোগ করুন:

NYU Langone Health
গোপনীয়তা নীতির বিজ্ঞপ্তি

One Park Avenue, 3rd Floor, New York, New York 10016, লক্ষ্য করুন: প্রাইভেসি অফিসার, 1-877-PHI-LOSS অথবা 212-404-4079-এ ফোনের মাধ্যমে অথবা compliancehelp@nyulangone.org-এ ইমেল করার মাধ্যমে।

আপনার অধিকার প্রয়োগ করার বেশিরভাগ অনুরোধ অবশ্যই লিখিতভাবে প্রাইভেসি অফিসার অথবা যথাযথ ডাক্তারের অফিস অথবা হাসপাতালের বিভাগের কাছে করতে হবে। আরো তথ্যের জন্য অথবা একটি অনুরোধের ফর্ম পেতে প্রাইভেসি অফিসার (Privacy Officer) এর সাথে যোগাযোগ করুন অথবা http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy দেখুন।

এই বিজ্ঞপ্তিটি 3/1/2024 তারিখ থেকে কার্যকরী।

NYU Langone Health

NYU Langone Health
গোপনীয়তা নীতির বিজ্ঞপ্তি

গোপনীয়তা নীতির বিজ্ঞপ্তির প্রাপ্তিস্বীকার করার ফর্ম

এই ফর্মটি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি স্বীকার করছি যে আমি NYU Langone Health-এর গোপনীয়তা নীতির বিজ্ঞপ্তির একটি কপি পেয়েছি।

রোগীর নাম: _____

স্বাক্ষর: _____ **তারিখ:** _____

ব্যক্তিগত প্রতিনিধির নাম (যদি প্রযোজ্য হয়): _____

ব্যক্তিগত প্রতিনিধির কর্তৃত্ব (যথা, মা-বাবা, অভিভাবক, স্বাস্থ্য সেবা প্রতিনিধি):

_____

3/1/24 তারিখ থেকে কার্যকরী।