

સુરક્ષિત સ્વાસ્થ્ય અને માદક પદાર્થના સેવનની માહિતી શેર કરવા માટે જાણકાર સંમતિ ફોર્મ

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — PerformCare®

[મેહરબાની કરી ને છાપો]

આ સંમતિ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરીને, તમે આ ફોર્મમાં સૂચિબદ્ધ તમારા સ્વાસ્થ્ય રેકૉર્ડને NJ બાળકોની સંભાળ વ્યવસ્થા (CSOC) માટે કરારબદ્ધ સિસ્ટમ પ્રબંધન (CSA) PerformCare દ્વારા સંચાલિત સુરક્ષિત કમ્પ્યુટર નેટવર્ક દ્વારા, CSOC નેટવર્કનો ભાગ હોય તેવા સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓને જાહેર કરવાની મંજૂરી આપી રહ્યા છો. તમારી સ્વાસ્થ્ય સંભાળની માહિતી શેર કરવાનો હેતુ તમને વધુ સારી, વધુ સંકલિત સારવાર પૂરી પાડવાનો છે.

CSOC માં ભાગ લેનારા બધા ડ્રગ, આલ્કોહોલ, માનસિક સ્વાસ્થ્ય અને શારીરિક સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ અથવા અન્ય સંસ્થાઓ તમારા દ્વારા ઓળખાતા સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓને તેમના રેકૉર્ડ શેર (જાહેર અને પ્રાપ્ત) કરી શકશે. આમાં તે બધા સ્થળોનો સમાવેશ થશે જે તમને સેવાઓ પૂરી પાડે છે. આમાં ડ્રગ અને આલ્કોહોલ સંબંધિત કાર્યક્રમો, માનસિક સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમો, મનોવૈજ્ઞાનિકો, ક્લિનિકો, હોસ્પિટલો, નૈદાનિક પ્રયોગશાળાઓ, ફાર્મસીઓ, ડોક્ટરો, સ્વાસ્થ્ય સંભાળ વીમા કંપનીઓ, Medicare, Medicaid વગેરેનો સમાવેશ થાય છે. સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ અને સંસ્થાઓની યાદી PerformCare વેબસાઇટ www.performcarenj.org પર ઉપલબ્ધ છે.

આ સંમતિ ફોર્મ પર સહી કરતી વખતે તમને ઘણા નિર્ણયો લેવાનું કહેવામાં આવશે.

1. PerformCare ને મળતી આવનારી માહિતી

PerformCare વ્યવસ્થાપન માહિતી સિસ્ટમ (MIS) અને કમ્પ્યુટર નેટવર્ક મારફતે તમારી સુરક્ષિત સ્વાસ્થ્ય માહિતી (PHI) જાહેર કરવાની તમે જેમને મંજૂરી આપો છો તે સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ અને સંસ્થાઓને ઓળખવા માટે તમને પૂછવામાં આવશે.

હું, _____, _____, અધિકૃત કરું છું
(યુવા સભ્યનું નામ મોટા અક્ષરોમાં) (જન્મ તારીખ)

[કઈ શ્રેણી લાગુ પડે છે તેના આધારે.]

અથવા	બધા ડ્રગ, આલ્કોહોલ અને માનસિક સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમો જેમાં મારું મૂલ્યાંકન અને/અથવા સારવાર કરવામાં આવી છે, અને અન્ય સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ અને સંસ્થાઓ જે CSOC નેટવર્કનો ભાગ છે તેઓ મારા વિશેના સ્વાસ્થ્ય રેકૉર્ડ્સ PerformCare MIS અને કમ્પ્યુટર નેટવર્કને જાહેર કરે/ઉપલબ્ધ કરાવે જેથી પરફોર્મકેર સેવાઓને અધિકૃત કરી શકે, અને મેં આગલા પૃષ્ઠ પર ઓળખેલા સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ અને સંભાળ વ્યવસ્થાપન સંગઠન(નો) મને સારવાર પૂરી પાડવા માટે તે રેકૉર્ડ્સની ઍક્સેસ મેળવી શકે અને તેનો ઉપયોગ કરી શકે.
	બધા ડ્રગ, આલ્કોહોલ અને માનસિક સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમો જેમાં મારું મૂલ્યાંકન અને/અથવા સારવાર કરવામાં આવી છે, અને અન્ય સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ અને સંસ્થાઓ જે CSOC નેટવર્કનો ભાગ છે તેઓ મારા વિશેના સ્વાસ્થ્ય રેકૉર્ડ્સ PerformCare MIS અને કમ્પ્યુટર નેટવર્કને જાહેર કરે/ઉપલબ્ધ કરાવે જેથી PerformCare સેવાઓને અધિકૃત કરી શકે, અને મેં આગલા પૃષ્ઠ પર ઓળખેલા સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ અને સંભાળ વ્યવસ્થાપન સંગઠન(નો) મને સારવાર પૂરી પાડવા માટે તે રેકૉર્ડ્સની ઍક્સેસ મેળવી શકે અને તેનો ઉપયોગ કરી શકે.
	1. સારવાર સુવિધા અથવા સંસ્થાનું નામ:
	2. સારવાર સુવિધા અથવા સંસ્થાનું નામ:
	3. સારવાર સુવિધા અથવા સંસ્થાનું નામ:

સુરક્ષિત કમ્પ્યુટર નેટવર્ક દ્વારા NJ બાળકોની સંભાળ વ્યવસ્થા વતી PerformCare ને મારા ઇલેક્ટ્રોનિક સ્વાસ્થ્ય રેકૉર્ડ્સને જાહેર કરવા/ઉપલબ્ધ કરાવવા માટે.

નીચે આધાક્ષરો કરીને, હું સ્વીકારું છું:

નીચે દર્શાવેલી માહિતી PerformCare ને જાહેર કરવામાં આવી શકે છે અને પ્રાપ્ત થઈ શકે છે:

- | | |
|--|---|
| ___ મારું નામ અને અન્ય વ્યક્તિગત ઓળખ માહિતી | ___ આલ્કોહોલ/ડ્રગ સારવાર અને માનસિક સ્વાસ્થ્ય સેવાઓ માટેની ડિસ્ચાર્જ યોજના(ઓ) |
| ___ આલ્કોહોલ અને/અથવા ડ્રગ સારવારમાં દર્દી તરીકે મારી સ્થિતિ | ___ આલ્કોહોલ/ડ્રગ સારવાર અને માનસિક સ્વાસ્થ્ય સેવાઓમાંથી ડિસ્ચાર્જની તારીખ અને ડિસ્ચાર્જ સ્થિતિ |
| ___ મારી સેવાઓની જરૂરિયાતોનું પ્રારંભિક તથા અનુગામી મૂલ્યાંકન | ___ IEP/સ્કૂલ રેકૉર્ડ |
| ___ આલ્કોહોલ/ડ્રગ અને માનસિક સ્વાસ્થ્ય મૂલ્યાંકન પરિણામો અને ઇતિહાસનો સારાંશ | ___ શારીરિક સ્વાસ્થ્યનું નિદાન અને સારવાર |
| ___ આલ્કોહોલ/ડ્રગ સારવાર અને માનસિક સ્વાસ્થ્ય સેવાઓ યોજના(ઓ) અને પ્રગતિનો સારાંશ | ___ બાયોસાયકોસોશિયલ (BPS) મૂલ્યાંકન |
| ___ આલ્કોહોલ/ડ્રગ સારવાર અને માનસિક સ્વાસ્થ્ય સેવાઓમાં હાજરી | ___ અન્ય (સ્પષ્ટ કરો): |

2. PerformCare દ્વારા બહાર જતી માહિતીની જાહેરાત

આ ઉપરાંત, હું PerformCare ને આ માહિતી (ઉપર ઓળખાયેલ) નીચેના CSOC-સંલગ્ન સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓને જાહેર કરવા માટે અધિકૃત કરું છું જેથી તેઓ મને સારવાર પૂરી પાડવાના હેતુ માટે તે રેકૉર્ડની એક્સેસ મેળવી શકે અને તેનો ઉપયોગ કરી શકે:

_____ સંભાળ વ્યવસ્થાપન સંસ્થા (CMO) _____
(આધાક્ષરો) (કાઉન્ટી અને એજન્સીનું નામ સૂચવો)

તબીબી રીતે સંચાલિત ડિટોક્સિકેશન અને ટ્રેક ગાળાના રહેણાંક પ્રદાતાઓ (લાગુ પડતા બધા પર ટિક કરો.)	બહારના દર્દીઓ અને સઘન બહારના દર્દીઓના પ્રદાતાઓ (લાગુ પડતા બધા ચેક કરો.)
☐ New Hope Integrated Behavioral Health Care	☐ Acenda, Inc. ☐ Catholic Charities, Diocese of Metuchen ☐ Center for Family Services ☐ CPC Integrated Health ☐ High Focus Centers ☐ Iron Recovery and Wellness ☐ Maryville, Inc. ☐ Oaks Integrated Care/COPE Center

હું સમજું છું કે ઉપર ઓળખાયેલા સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ માટે ઉપલબ્ધ માહિતીમાં PerformCare ના MIS અને કમ્પ્યુટર નેટવર્કમાં રહેલી મારી બધી સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત માહિતીનો સમાવેશ થાય છે, જેમાં મારી ડ્રગ અથવા આલ્કોહોલ સારવાર રેકૉર્ડ, માનસિક સ્વાસ્થ્ય નિદાન અને સારવારની માહિતી અને HIV/AIDS માટે મારા નિદાન અને સારવાર વિશેની માહિતી, અને અન્ય સ્થિતિઓ વિશેની કોઈપણ માહિતી શામેલ છે જેના માટે મેં સારવાર લીધી હશે.

હું સમજું છું કે હું આ સંમતિને જ્યારે ઈચ્છું ત્યારે રદ કરી શકું છું, પરંતુ ત્યાં સુધીના પગલાં જે

(આધાક્ષર)

સુરક્ષિત સ્વાસ્થ્ય અને માદક પદાર્થના સેવનની માહિતી શેર કરવા માટે જાણકાર સંમતિ ફોર્મ

પહેલાથી લેવામાં આવ્યા છે તે ઉપર અસર નહીં કરે. હું કોઈપણ સમયે નવા સંમતિ ફોર્મ પર સહી કરીને મારી વર્તમાન સંમતિ પસંદગીઓમાં ફેરફાર પણ કરી શકું છું.

મારી સંમતિ માટેની આ અધિકૃતતા આપમેળે _____ (તારીખ) ના રોજ અથવા મારા અધિકૃત હસ્તાક્ષરની તારીખથી એક વર્ષ પછી સમાપ્ત થાય છે. આ સંમતિ ફોર્મ સંમતિ ફોર્મ પર ઉલ્લેખિત તારીખ, ઘટના અથવા સ્થિતિ ન બને ત્યાં સુધી અમલમાં રહેશે.

માહિતીની ફરીથી જાહેરાત

આ સંમતિ દ્વારા આવરી લેવામાં આવતા પ્રદાતાઓ/સંસ્થાઓ દ્વારા તમારા વિશેની કોઈપણ ઇલેક્ટ્રોનિક (અથવા કાગળના સ્વરૂપમાં) વ્યક્તિગત સ્વાસ્થ્ય માહિતી અન્ય લોકોને ફરીથી જાહેર કરી શકાશે નહીં, સિવાય કે રાજ્ય અને સંઘીય કાયદાઓ અને નિયમો દ્વારા મંજૂરી આપવામાં આવી હોય. સંઘીય નિયમો આ માહિતીના કોઈપણ વધુ ખુલાસાને પ્રતિબંધિત કરે છે સિવાય કે લેખિત સંમતિ દ્વારા અથવા 42 CFR ભાગ 2 દ્વારા અન્યથા પરવાનગી આપવામાં આવે.

હું સમજું છું કે જો હું આ ફોર્મ પર સહી કરવાની ના પાડીશ તો મને સેવાઓથી વંચિત રાખવામાં આવશે નહીં. સહી કર્યા પછી મને આ ફોર્મની નકલ મેળવવાનો અધિકાર છે.

યુવા સભ્યની સહી:

તારીખ:

સાક્ષીની સહી (જો યુવક શારીરિક રીતે સહી કરવામાં અસમર્થ હોય તો):

તારીખ:

માતા/પિતા/વાલી (13 વર્ષથી નાની ઉંમરના યુવા સભ્ય માટે): નીચે સહી કરીને, હું પૃષ્ઠ 1 પર ઓળખાયેલા યુવા સભ્યના PHI શેર કરવા માટે અધિકૃત કરું છું. (માહિતીની જાહેરાત માટે આ છે: ચોક્કસ માનસિક સ્વાસ્થ્ય સ્થિતિઓ માટે યુવા સભ્યનું નિદાન અથવા સારવાર, અથવા HIV/AIDS સારવાર.)

સહી:

તારીખ:

મોટા અક્ષરોમાં નામ:

યુવા સભ્ય સાથેનો સંબંધ:

તમારી ઇલેક્ટ્રોનિક સ્વાસ્થ્ય માહિતીનો અનધિકૃત/અયોગ્ય ઍક્સેસ કે ઉપયોગ કરવા પર દંડ લાદવામાં આવી શકે છે. જો તમને લાગે કે કોઈએ તમારી સ્વાસ્થ્ય માહિતી ખોટી રીતે મેળવી છે અથવા ઍક્સેસ કરી છે, તો કૃપા કરીને **1-877-652-7624** પર PerformCare નો સંપર્ક કરો અને ગુણવત્તા વિભાગના પ્રતિનિધિ સાથે વાત કરવા માટે કહો.