

பாதுகாக்கப்பட்ட உடல்நலத் தகவலை ஆராய்ச்சிக்காகப் பயன்படுத்துதல் அல்லது வெளிப்படுத்துதலின் அங்கீகரிப்பு  
(குறுகிய படிவ ஒப்புதலுடன் பயன்படுத்தவும்)

பெயர்: \_\_\_\_\_

தலைப்பு எண் அல்லது பிறந்ததேதி: \_\_\_\_\_

ஆராய்ச்சியில் பங்கேற்கும் நோக்கத்திற்காக, கீழே குறிப்பிட்டுள்ளபடி எனது பாதுகாக்கப்பட்ட உடல்நலத் தகவலைப் பயன்படுத்த அல்லது வெளிப்படுத்த யேல் பல்கலைக்கழகத்தை இதன் மூலம் நான் அங்கீகரிக்கிறேன் [ஆய்வு ஊழியர்களால் நிறைவுசெய்யப்படவேண்டும்]:

ஆய்வுத் தலைப்பு: \_\_\_\_\_

HIC / HSC நெறிமுறை #: \_\_\_\_\_

ஆய்வின் மு.ஆ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ முதல் \_\_\_\_\_: வரையிலான காலப்பகுதியில் வெளியிடப்படும் தகவல்

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ஆராய்ச்சிப் பதிவுகள்         | <input type="checkbox"/> எக்ஸ்-ரே அறிக்கை             | <input type="checkbox"/> பின்வருவது தொடர்பான குறிப்புகள் மற்றும் சோதனை முடிவுகள்: _____ |
| <input type="checkbox"/> வரலாறு மற்றும் உடல் பரிசோதனை | <input type="checkbox"/> ஆலோசனை அறிக்கை/ குறிப்புகள்  |   |
| <input type="checkbox"/> நோய்த்தடுப்புகள்             | <input type="checkbox"/> மருந்துக்குறிப்புத் தகவல்கள் | <input type="checkbox"/> மற்றவை/கருத்துக்கள்: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> ஆய்வு அறிக்கை                |   | _____   |

இந்த உடல்நலத் தகவல் முக்கியமான தகவல்களை உள்ளடக்கலாம் என்று நான் புரிந்துகொண்டேன். இந்தப் படிவத்தில் கையொப்பமிடுவதன் மூலம் பின்வருபவை தொடர்பான தகவல்களை வெளியிடுவதற்கு நான் அனுமதி அளிக்கிறேன்.

- போதைப் பொருள் பயன்பாட்டுச் சிகிச்சைத் தகவல்
- எய்ட்ஸ் தொடர்பான பரிசோதனை உட்பட எச்ஐவி தொடர்பான தகவல்
- மனநலத் தகவல்

கையொப்பம்: \_\_\_\_\_

தேதி: \_\_\_\_\_

கனெக்டிகட் பொதுச் சட்ட விதிகளின் அத்தியாயம் 899 மற்றும் ஐக்கிய அமெரிக்கச் சட்டக் குறியீட்டுத் தலைப்பு 42 ஆகியவற்றின் கீழ் இந்தப் பதிவின் இரகசியத்தன்மை பாதுகாக்கப்படவேண்டும். இந்த விதிமுறைகளில் கூறப்பட்டுள்ளபடி எழுத்துப்பூர்வ அனுமதியின்றியோ அல்லது அங்கீகாரமின்றியோ இந்த உள்ளடக்கத்தை யாருக்கும் அனுப்ப முடியாது.

பின்வருபவர்கள் மூலம் ஆவணங்கள் பயன்படுத்தப்படலாம் மற்றும் அவர்களுக்கு வெளிப்படுத்தப்படலாம்:

- அமெரிக்க உடல்நலமற்றும் மனித சேவைகள் துறை (DHHS) முகமைகள்.
- யேல் பல்கலைக்கழகத்தின் பிரதிநிதிகள், யேல் மனித ஆராய்ச்சிப் பாதுகாப்புத் திட்டம் மற்றும் யேல் சார்பாக மதிப்பாய்வு செய்யும் வெளிப்புற நிறுவன மதிப்பாய்வு வாரியங்கள் மற்றும் ஆராய்ச்சி மற்றும் நிதி மேற்பார்வைக்குப் பொறுப்பானவர்கள்.
- மின்னணு மருத்துவப் பதிவு (EMR) அமைப்புமுறையில் பங்கேற்கும் வழங்குநர்கள்.
- முதன்மை ஆய்வாளர் மற்றும் ஆராய்ச்சிக் குழு.
- அமெரிக்க உணவு மற்றும் மருந்து நிர்வாகம் (FDA).

- ஆய்வுக்கு நிதி உதவி செய்யும் நிறுவனம் அல்லது ஆய்வு மருந்து/சாதனத்தின் உற்பத்தியாளர்.
- பிற நாடுகளில் உள்ள மருந்து ஒழுங்குமுறை முகமைகள்.
- இந்த ஆய்வு தொடர்பாக உங்களுக்கு சேவைகளை வழங்கும் உடல்நலப்பராமரிப்பு வழங்குநர்கள்.
- இந்த ஆய்வுத் திட்டத்தின் படி, உங்கள் உடல்நலத் தகவலை பகுப்பாய்வு செய்யும் ஆய்வகங்கள் மற்றும் பிற நபர்கள் மற்றும் நிறுவனங்கள்.
- தரவு மற்றும் பாதுகாப்புக் கண்காணிப்பு வாரியங்கள்/குழுக்கள் மற்றும் ஆய்வு நடத்துவதை கண்காணிக்கும் பொருட்டு அங்கீகரிக்கப்பட்டவர்கள்.
- மற்றவர்கள் குறிப்பிட்டபடி: \_\_\_\_\_

1. இந்த அங்கீகாரம் \_\_\_\_\_ ஆண்டுகளுக்குப் பிறகு காலாவதியாகிவிடும்/எப்போதும் இல்லை என்று எனக்கு புரிகிறது. இந்தப் படிவத்தின் நகல் அசலாக கருதப்படும்.
2. ஆய்வின் முதன்மைஆய்வாளர் அல்லது ஆராய்ச்சிக் குழுவிடம் தெரிவிப்பதன் மூலம்எந்த நேரத்திலும் இந்த அங்கீகாரத்தை நான் திரும்பப் பெற முடியும் என்பதைப் புரிந்து கொள்கிறேன் மற்றும் அது சார்ந்த நடவடிக்கை ஏற்கனவே எடுக்கப்பட்டிருந்தால் அன்றி தெரிவிக்கப்பட்ட தேதியிலிருந்து இந்த அங்கீகாரம் நிறுத்தப்படும். ரத்து செய்தலைத் திரும்பப் பெறுவது குறித்து பின்வரும் முகவரிக்கு நான் அனுப்பலாம் :HIPAA தனியுரிமை அலுவலர், யேல் பல்கலைக்கழகம், அஞ்சல் பெட்டி 208255, நியூ ஹேவன், CT 06520-8255.
3. இந்த அங்கீகாரத்திற்குப் பயன்படுத்தப்படும் அல்லது வெளிப்படுத்தப்படும் தகவலைப் பெறுபவர் மீண்டும் அவற்றை வெளியிடுவதற்கு உட்படலாம் மற்றும்இனிமேல் கூட்டாட்சி தனியுரிமை விதிமுறைகளால் பாதுகாக்கப்படாது என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன். எனினும்,போதைப் பொருள் பயன்பாட்டுச் சிகிச்சைத் தகவல், எச்.ஐ.வி / எய்ட்ஸ் தொடர்பான தகவல், மற்றும் மனநல/மன ஆரோக்கியத் தகவல் போன்ற பாதுகாக்கப்பட்ட தகவலை வெளிப்படுத்துவதை பிற மாநில அல்லது மத்தியச் சட்டங்கள் தகவலைப் பெறுபவரைத்தடுக்கலாம்.
4. நான் இந்தப் படிவத்தில் கையொப்பமிடாவிட்டால் என் உடல்நல பராமரிப்பு மற்றும் உடல்நலப் பராமரிப்புக்கான கட்டணம்ஆகியவை பாதிக்கப்படாது.
5. இந்த அங்கீகாரத்தில் கையொப்பமிட மறுத்தால், மனநலக் குறைபாடுகளுக்கான தற்போதைய அல்லது எதிர்கால சிகிச்சையைப் பெறுவதற்கான எனது உரிமையைப் பாதிக்காது என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன்.
6. நான் கையொப்பமிட்டப்பின் இந்தப் படிவத்தின் நகலைப் பெறுவேன் என்று புரிந்துகொள்கிறேன்.

கீழே கையெழுத்திடுவதன் மூலம், நான் இந்த அங்கீகாரத்தைப் படித்து, புரிந்து கொண்டேன் என்பதை ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

<p style="text-align: center;">அல்லது</p> <p style="text-align: center;"><b>நோயாளியின்கையொப்பம்</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>பெற்றோர்/சட்டப்</b> <b>பாதுகாவலர்/அங்கீகரிக்கப்பட்ட நபர்</b></p>	<p style="text-align: center;">தேதி</p>
<p>நோயாளியுடனானஉறவு</p>		