

संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी के शोध हेतु उपयोग या प्रकटन के लिए प्राधिकरण
(संक्षिप्त रूप सहमति के साथ उपयोग के लिए)

नाम: _____ प्रतिभागी क्रमांक या जन्मतिथि: _____

मैं एक शोध अध्ययन में सहभागिता के प्रयोजन से नीचे यथा-इंगित मेरी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या प्रकटन करने के लिए येल यूनिवर्सिटी को एतद्वारा अधिकृत करता/ती हूँ
(अध्ययन स्टाफ़ द्वारा पूर्ण किए जाने के लिए):

अध्ययन का शीर्षक: _____

एचआईवी/एचएससी प्रोटोकॉल #: _____ अध्ययन पीआई: _____

से	तक की अवधि के लिए मुक्त की जाने वाली जानकारी:	
<input type="checkbox"/> शोध रिकॉर्ड	<input type="checkbox"/> एक्स-रे रिपोर्ट	<input type="checkbox"/> अग्रांकित से संबंधित नोट्स और परीक्षण
<input type="checkbox"/> इतिहास और शारीरिक जांच	<input type="checkbox"/> परामर्श रिपोर्ट/नोट्स	परिणाम: _____
<input type="checkbox"/> टीकाकरण	<input type="checkbox"/> प्रेस्क्रिप्शन की जानकारी	<input type="checkbox"/> अन्य/टिप्पणियां: _____
<input type="checkbox"/> प्रयोगशाला रिपोर्ट		

मैं यह बात समझता/ती हूँ कि इस स्वास्थ्य जानकारी में संवेदनशील जानकारी हो सकती है। इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने के द्वारा मैं अग्रांकित से संबंधित जानकारी मुक्त किए जाने को विशिष्ट रूप से प्राधिकृत कर रहा/ही हूँ:

- मादक-पदार्थ व्यसन उपचार की जानकारी
 एचआईवी संबंधी जानकारी, एड्स संबंधी परीक्षण सहित
 मानसिक स्वास्थ्य जानकारी

कनेक्टिकट सामान्य संविधियों के अध्याय 899 और संयुक्त राज्य संहिता के अनुच्छेद 42 के अंतर्गत इस रिकॉर्ड की गोपनीयता आवश्यक है। इन संविधियों में यथा उपबंधित लिखित सहमति या प्राधिकरण के बिना यह सामग्री किसी को भी संप्रेषित नहीं की जाएगी।

हस्ताक्षर _____

तिथि: _____

रिकॉर्डों का उपयोग एवं प्रकटन निम्नांकित में से किसी के भी द्वारा एवं निम्नांकित में से किसी को भी किया जा सकता है:

- यू.एस. डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ एंड ह्यूमन सर्विसेज़ (डीएचएचएस) की एजेंसियां
 येल यूनिवर्सिटी, येल ह्यूमन रिसर्च प्रोटेक्शन प्रोग्राम के प्रतिनिधि, येल की ओर से समीक्षा करने वाला कोई भी बाहरी संस्थागत समीक्षा बोर्ड और शोध एवं वित्तीय पर्यवेक्षण के लिए उत्तरदायी व्यक्ति
 वे प्रदाता जो इलेक्ट्रॉनिक मेडिकल रिकॉर्ड (ईएमआर) सिस्टम में प्रतिभागी हैं
 प्रधान अन्वेषक (पीआई) एवं शोध दल
 यू. एस. खाद्य और औषधि प्रशासन (एफडीए)
 अध्ययन प्रायोजक या अध्ययन दवा/यंत्र का निर्माता
 अन्य देशों की औषधि नियामक एजेंसियां
 इस अध्ययन के संबंध में आपको सेवाएं प्रदान करने वाले स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता।
 वे प्रयोगशालाएं एवं अन्य व्यक्ति तथा संगठन जो अध्ययन योजना के अनुसार इस अध्ययन के संबंध में आपकी स्वास्थ्य जानकारी का विश्लेषण करते हैं।
 ऑकडे एवं सुरक्षा निगरानी बोर्ड/समितियां एवं वे अन्य जिन्हें अध्ययन के संचालन की निगरानी के लिए अधिकृत किया गया है
 यथा-लिखित अन्य: _____

- मैं यह बात समझता/ती हूँ कि यह प्राधिकरण _____ वर्षों बाद/कभी नहीं समाप्त होगा। इस प्रपत्र की फोटोकॉपी, मूल कॉपी जितनी ही मान्य होगी।
- मैं यह बात समझता/ती हूँ कि मैं प्रधान अन्वेषक या शोध दल को सूचित करके किसी भी समय यह प्राधिकरण वापस ले सकता/ती हूँ और इस प्राधिकरण पर निर्भर करते हुए जिस सीमा तक कार्रवाई पहले ही की जा चुकी है उस सीमा तक छोड़कर, यह प्राधिकरण सूचना की तिथि को अप्रभावी हो जाएगा। मैं इसे वापस लेने की सूचना अग्रांकित पते पर भी भेज सकता/ती हूँ: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
- मैं यह बात समझता/ती हूँ कि इस प्राधिकरण के अनुसरण में प्रयुक्त या प्रकट की गई जानकारी उसके प्राप्तकर्ता द्वारा पुनः प्रकटन के अधीन हो सकती है और संघीय निजता विनियमों से उसे मिला संरक्षण तब समाप्त हो सकता है। हालांकि, अन्य राज्य या संघीय कानून प्राप्तकर्ता को विशेष रूप से संरक्षित जानकारी जैसे मादक-पदार्थ व्यसन उपचार की जानकारी, एचआईवी/एड्स संबंधी जानकारी, एवं मनोविकारी/मानसिक स्वास्थ्य जानकारी का प्रकटन करने से निषिद्ध कर सकते हैं।
- यदि मैं इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर नहीं करता/ती हूँ तो मेरी स्वास्थ्य देखभाल एवं मेरी स्वास्थ्य देखभाल के भुगतान प्रभावित नहीं होंगे।
- मैं यह बात समझता/ती हूँ कि इस प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करने से मना करना, तब के सिवाय जब उपचार के लिए जानकारी का प्रकटन आवश्यक हो, मनोविकारी अशक्तताओं का वर्तमान या भावी उपचार प्राप्त करने के मेरे अधिकार को खतरे में नहीं डालेगा।
- मैं यह बात समझता/ती हूँ कि मेरे द्वारा इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर किए जाने के बाद मुझे इसकी एक प्रति दी जाएगी।

नीचे हस्ताक्षर करने के द्वारा, मैं अभिस्वीकृत देता/ती हूँ कि मैंने इस प्राधिकरण को पढ़ व समझ लिया है।

या _____

रोगी का हस्ताक्षर

माता/पिता/कानूनी संरक्षक/अधिकृत व्यक्ति

तिथि _____

रोगी के साथ संबंध