

સંશોધન માટે રક્ષિત આરોગ્ય માહિતીના ઉપયોગ અથવા જાહેરાત માટેના અધિકૃતતા
(શોર્ટ ફોર્મ સંમતિ સાથે વાપરવા માટે)

નામ: _____ વિષય નંબર અથવા જન્મ તારીખ: _____

હું અહીં Yale University ને અધિકૃત કરું છું, નીચે સૂચવેલ પ્રમાણે મારી સુરક્ષિત આરોગ્ય માહિતીનો ઉપયોગ અથવા જાહેર કરવા સંશોધન અધ્યયનમાં ભાગ લેવાના માટે (અધ્યયન કર્મચારીઓ દ્વારા પૂર્ણ કરવા માટે):

અધ્યયન શીર્ષક: _____

HIC/HSC પ્રોટોકોલ #: _____ અધ્યયન PI: _____

જાહેર થવાની માહિતી માટે ના સમયગાળા _____ થી _____ :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> સંશોધન રેકોર્ડ | <input type="checkbox"/> એક્સ-રે રિપોર્ટ | <input type="checkbox"/> નોંધો અને આનાથી સંબંધિત પરીક્ષણ પરિણામો: |
| <input type="checkbox"/> ઇતિહાસ અને શારીરિક પરીક્ષા | <input type="checkbox"/> કન્સલ્ટેશન રિપોર્ટ / નોંધો | _____ |
| <input type="checkbox"/> ઈમ્યુનિઝેશન્સ | <input type="checkbox"/> પ્રિસ્ક્રિપ્શન માહિતી | <input type="checkbox"/> અન્ય / ટિપ્પણીઓ: _____ |
| <input type="checkbox"/> લેબ રિપોર્ટ | | _____ |

હું સમજું છું કે આ આરોગ્ય માહિતીમાં સંવેદનશીલ માહિતી શામેલ હોઈ શકે છે. આ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરીને હું ખાસ કરીને સંબંધિત માહિતીના પ્રકાશનને અધિકૃત કરું છું:

- પદાર્થ દુરુપયોગ સારવારની માહિતી
- AIDS સંબંધિત પરીક્ષણ સહિત HIV સંબંધિત માહિતી
- માનસિક આરોગ્યની માહિતી

આ રેકોર્ડની ગુમતી Connecticut General Statutes પ્રકરણ 899 તેમજ યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સ કોડના શીર્ષક 42 હેઠળ આવશ્યક છે. આ કાયદાઓમાં આપેલ લેખિત સંમતિ અથવા અધિકૃતતા વિના આ સામગ્રી કોઈને પણ પ્રસારિત કરવામાં આવશે નહીં.

હસ્તાક્ષર

તારીખ: _____

રેકોર્ડનો ઉપયોગ નીચેનામાંથી કોઈપણ દ્વારા થઈ શકે છે અને જાહેર કરી શકાય છે:

- U.S. આરોગ્ય અને માનવ સેવા વિભાગ (DHHS) એજન્સીઓ
- Yale University, Yale Human Research Protection કાર્યક્રમ ના પ્રતિનિધિઓ, કોઈપણ બાહ્ય સંસ્થાકીય સમીક્ષા બોર્ડ જે Yale વતી સમીક્ષા કરે છે અને સંશોધન અને નાણાકીય નિરીક્ષણ માટે જવાબદાર છે.
- તે પ્રદાતાઓ જે ઇલેક્ટ્રોનિક મેડિકલ રેકોર્ડ (EMR) સિસ્ટમમાં સહભાગી છે
- પ્રિન્સિપાલ તપાસનીશ અને સંશોધન ટીમ
- યુ.એસ. ફૂડ અને ડ્રગ એડમિનિસ્ટ્રેશન (FDA)
- અધ્યયન પ્રાયોજક અથવા અધ્યયન દવા / ઉપકરણના ઉત્પાદક
- અન્ય દેશોમાં ડ્રગ નિયમનકારી એજન્સીઓ
- આ અધ્યયનના સંદર્ભમાં તમને સેવાઓ પ્રદાન કરનારા આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ.
- લેબોરેટરીઓ અને અન્ય વ્યક્તિઓ અને સંસ્થાઓ જે આ અધ્યયનના સંદર્ભમાં તમારી આરોગ્ય માહિતીનું વિશ્લેષણ કરે છે, અધ્યયન યોજના અનુસાર.
- ડેટા અને સલામતી મોનિટરિંગ બોર્ડ્સ / સમિતિઓ અને અન્ય અધ્યયનના સંચાલનને મોનિટર કરવા માટે અધિકૃત
- અન્ય લોકો નોંધ્યા મુજબ: _____

1. હું સમજું છું કે આ અધિકૃતતા _____ વર્ષ પછી / ક્યારેય નહીં સમાપ્ત થશે. આ ફોર્મની ફોટોકોપીને મૂળની જેમ માન્ય માનવામાં આવશે.
2. હું સમજું છું કે અધ્યયન અધ્યાપક તપાસનીશ અથવા સંશોધન ટીમને સૂચિત કરીને હું કોઈપણ સમયે આ અધિકૃતતાને રદ કરી શકું છું અને તેના પર નિર્ભરતામાં પહેલેથી જ કેટલી હદે કાર્યવાહી કરવામાં આવી છે તેના સિવાય સૂચિત તારીખથી આ અધિકૃતિ અસરકારક રહેશે. હું અહીં રદિયો પણ મોકલી શકું છું: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208252, New Haven, CT 06520-8252
3. હું સમજું છું કે આ અધિકૃતતાના આધારે વપરાયેલી અથવા જાહેર કરેલી માહિતી પ્રાસિકર્તા દ્વારા ફરીથી જાહેર કરવામાં આવીને હોઈ શકે છે અને ફેડરલ ગોપનીયતા નિયમો દ્વારા તેને સુરક્ષિત કરવામાં આવશે નહીં. જો કે, અન્ય રાજ્ય અથવા સંઘીય કાયદો પ્રાસિકર્તાને વિશેષરૂપે સુરક્ષિત માહિતી, જેમ કે પદાર્થોના દુરુપયોગની સારવાર માહિતી, HIV/AIDS-સંબંધિત માહિતી અને માનસિક / માનસિક આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરવા પર પ્રતિબંધ લગાવી શકે છે.
4. જો હું આ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર નહીં કરું તો મારી આરોગ્ય સંભાળ માટેની ચુકવણી પર અસર થશે નહીં.
5. હું સમજું છું કે આ અધિકૃતતા પર હસ્તાક્ષર કરવાનો મારા ઇનકારથી માનસિક વિકલાંગો માટે હાજર અથવા ભાવિ સારવાર મેળવવાના મારા અધિકારને જોખમમાં મૂકશે નહીં સિવાય કે જ્યાં સારવાર માટે માહિતી જાહેર કરવી જરૂરી છે.
6. હું સમજી ગયો છું કે હું આ ફોર્મની હસ્તાક્ષર કર્યા પછી તેની કોપી મેળવીશ.

નીચે હસ્તાક્ષર કરીને, હું સ્વીકારું છું કે મેં આ અધિકૃતતા વાંચી અને સમજી છે.

_____ અથવા

દર્દીના હસ્તાક્ષર

માતાપિતા / કાનૂની વાલી / અધિકૃત વ્યક્તિ

_____ તારીખ

દર્દી સાથે સંબંધ