

Consent to share information जानकारी के आदान-प्रदान की सहमति

Purpose: to record freely given informed consumer consent to share their information with a specific agency/ies for a specific purpose/s.

प्रयोजन: अपने बारे में दी गई जानकारी को विशेष उद्देश्य/उद्देश्यों से, विशेष एजेंसी/एजेंसियों को देने के लिए उपभोक्ता द्वारा सोच-समझ कर दी गई सहमति को रिकॉर्ड करना।

Consumer

उपभोक्ता

Name:

नाम:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

जन्मतिथि: dd/mm/yyyy / /

Sex:

लिंग:

UR Number:

यू.आर. नंबर:

or affix label here
या फिर यहाँ पर लेबल चिपकाये

Section 1: Personal/health information to be shared खंड 1: आदान-प्रदान की जाने वाली व्यक्तिगत/स्वास्थ्य जानकारी

| Service Type सेवा का प्रकार Examples: - Physiotherapy - counseling उदाहरणें: - फिजियोथैरेपी - परामर्श | Name of Agency एजेंसी का नाम Examples: - Strawberry Community Health centre - Blueberry City Council उदाहरणें: - स्ट्रॉबेरी कम्युनिटी हेल्थ सेंटर - ब्लूबेरी सिटी काउंसिल | Type of Information जानकारी का प्रकार Examples: - all relevant information - exceptions as stated by consumer उदाहरणें: - समस्त उपयुक्त सूचना - उपभोक्ता द्वारा वर्णित अपवाद | Purpose/s उद्देश्य Examples: - referral - shared care/case planning - informing services participating in consumer's care उदाहरणें: - रेफरल - साझी देखरेख/मामलों का नियोजन - उपभोक्ता की देखरेख में भाग लेने वाली सेवाओं को सूचित करना |
|--|--|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Consent to Share Information जानकारी के आदान-प्रदान की सहमति

Section 2: Record of consent खंड 2: सहमति का रिकॉर्ड

Written consumer consent
 लिखित उपभोक्ता सहमति

The worker/practitioner has discussed with me who and why certain information about me may be shared with other service providers, as above. I understand this and I give my consent for the information to be shared.
कर्मचारी / प्रैक्टिशनर ने मेरे साथ इस बारे में विचार-विमर्श कर लिया है कि उपरोक्त अनुसार, मेरे बारे में कुछ जानकारी किसी अन्य सेवा-प्रदाता के साथ किस प्रकार व क्यों साझी की जा सकती है। मैं इसे समझता/समझती हूँ और मैं जानकारी को साझा किए जाने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ।

Signed: _____

हस्ताक्षर: _____

Dated: dd/mm/yyyy / /
तिथि (dd/mm/yyyy): / /

or
या

Verbal consumer consent

मौखिक उपभोक्ता सहमति

I have discussed with the consumer how and why certain information may be shared with other service providers. I am satisfied that this has been understood and that informed consent for the information to be shared as detailed above has been given.

मैंने उपभोक्ता के साथ इस बारे में विचार-विमर्श कर लिया है कि कुछ जानकारी किस प्रकार व क्यों अन्य सेवा-प्रदाताओं के साथ साझी की जा सकती है। मैं इस बात से संतुष्ट हूँ कि यह बात समझ ली गई है एवं अन्य सेवा-प्रदाताओं को जानकारी के आदान-प्रदान के बारे में उपरोक्त विवरण के अनुसार सोच-समझ कर सहमति दे दी गई है।

or
या

Consumer does not have the capacity to provide consent

उपभोक्ता के पास सहमति प्रदान करने की योग्यता नहीं होती है

(that is, they do not understand the nature of what they are consenting to, or the consequences)

(अर्थात, वे जिस बात के लिए सहमति दे रहे हों, वे उसके प्रकार को अथवा इसके परिणामों को नहीं समझते हैं)

Consent given by authorised representative _____
(name of authorised representative)

अधिकृत प्रतिनिधी के द्वारा दी गई सहमति _____
(अधिकृत प्रतिनिधी का नाम)

There is no authorising representative or they were uncontactable; therefore, the information 2001* will be shared as set out in the Health Records Act

कोई अधिकृत प्रतिनिधी नहीं है या फिर उनसे संपर्क नहीं हुआ; इसलिए, हेल्थ रिकॉर्ड्स ऐक्ट 2001* में निर्धारित तरीके के अनुसार जानकारी को साझा किया जाएगा

**If it is not reasonably practical to obtain consent from an authorised representative or the consumer does not have an authorised representative, health information can still be shared in the circumstances set out in the Health Records Act 2001. This includes where the sharing of information is done by a health service provider and is reasonably necessary for the provision of a health service or where there is a statutory requirement.*

*यदि किसी अधिकृत प्रतिनिधी से सहमति हासिल करना समुचित रूप से व्यावहारिक न हो या फिर उपभोक्ता का कोई अधिकृत प्रतिनिधी न हो, तो भी हेल्थ रिकॉर्ड्स ऐक्ट 2001 में निर्धारित परिस्थितियों में स्वास्थ्य जानकारी साझी की जा सकती है। इसमें वो परिस्थिति शामिल होती है जिसमें जानकारी को किसी स्वास्थ्य सेवा-प्रदाता द्वारा साझा किया जाता है और ऐसा करना किसी स्वास्थ्य सेवा की व्यवस्था करने के लिए समुचित रूप से आवश्यक होता है या फिर जहाँ ऐसा करना वैधानिक तौर पर आवश्यक होता है।

To ensure that the consumer's authorised representative can make an informed decision about consenting to the sharing of information as detailed above, the worker/practitioner should (tick when completed):

यह सुनिश्चित करने के लिए कि सूचना के आदान-प्रदान के बारे में उपभोक्ता का अधिकृत कर्मचारी उपरोक्त विवरण के अनुसार सोच-समझ कर सहमति दे, कर्मचारी / प्रैक्टिशनर को निम्नलिखित करना चाहिए (पूरा होने पर सही का निशान लगाएं):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. उपभोक्ता के साथ अन्य सेवाओं/एजेंसियों के लिए प्रस्तावित निर्देशों (रैफरल्स) के बारे में विचार-विमर्श करना चाहिए
2. Explain that the consumer's information will only be shared with these services/agencies if the consumer has agreed and, when referring, advise that referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
2. यह वर्णन करना चाहिए कि उपभोक्ता की जानकारी उनके सहमत होने के बाद ही इन सेवाओं/एजेंसियों के साथ साझी की जाएगी और रैफर (निर्दिष्ट) करते समय यह सलाह देनी चाहिए कि जानकारी का खुलासा करने की उपभोक्ता की इच्छा न होने पर भी सेवा के लिए रैफरल आगे जा सकता है
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. उपभोक्ता को गोपनीयता के बारे में सूचना प्रदान करनी चाहिए, जैसे कि विवरणिका Your Information – It's Private (आपकी जानकारी – यह गोपनीय है)
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. इस फॉर्म के भरे जाने पर उपभोक्ता को इसकी एक प्रति देनी चाहिए

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
विक्टोरियन डिपार्टमेंट ऑफ हेल्थ (विक्टोरियाई स्वास्थ्य विभाग), 2012 द्वारा प्रस्तुत

Consent obtained/witnessed by:
जिस व्यक्ति द्वारा सहमति प्राप्त की गई/ प्रमाणित की गई:

Name:

नाम:

Sign:

हस्ताक्षर:

Position/Agency:

पद/एजेंसी:

Date: dd/mm/yyyy / /

तिथि: dd/mm/yyyy / /

CSI Page 1 of 1

Contact number:

संपर्क नंबर: