

# Consent to share information

## సమాచారము

## పంచుకునేందుకు

## సమ్మతి

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

ఉద్దేశము: నిర్దిష్ట ఉద్దేశము/ల కోసం నిర్దిష్ట ఏజెన్సీ/లతో వారి సమాచారము పంచుకునేందుకు స్వేచ్ఛగా ఇవ్వబడిన తెలియజేయబడిన వినియోగదారు సమ్మతిని రికార్డు చేసేందుకు.

### Consumer

#### వినియోగదారుడు

Name:

పేరు:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

పుట్టిన తేదీ: తేతే/నెనె/సంసంసంసం / /

Sex:

లింగము:

UR Number:

యుఆర్ నంబరు:

or affix label here  
లేదా ఇక్కడ లేబుల్ అతికించండి

## Section 1: Personal/health information to be shared

### విభాగము 1: పంచుకోబడేందుకు వ్యక్తిగత/ఆరోగ్య సమాచారము

Service Type సేవ రకం Examples: - Physiotherapy - counseling ఉదాహరణలు: - ఫిజియోథెరపీ - కౌన్సిలింగ్	Name of Agency ఏజెన్సీ పేరు Examples: - Strawberry Community Health centre - Blueberry City Council ఉదాహరణలు: - స్ట్రాబెర్రీ సమాజ ఆరోగ్య కేంద్రం - బ్లూబెర్రీ సిటీ కౌన్సిల్	Type of Information సమాచారము రకము Examples: - all relevant information - exceptions as stated by consumer ఉదాహరణలు: - సంబంధిత సమాచారము అంతా - వినియోగదారునిచే పేర్కొనబడిన విధంగా మినహాయింపులు	Purpose/s ఉద్దేశము/లు Examples: - referral - shared care/case planning - informing services participating in consumer's care ఉదాహరణలు: - రిఫరల్ - పంచుకోబడిన సంరక్షణ/కేస్ ప్లానింగ్ చేయడం - వినియోగదారుని సంరక్షణలో పాల్గొంటున్న తెలియజేసే సేవలు

Consent to Share Information సమాచారము పంచుకునేందుకు సమ్మతి

## Section 2: Record of consent

### విభాగము 2: సమ్మతి రికార్డు

**Written consumer consent**

**వ్రాతపూర్వక వినియోగదారుని సమ్మతి**

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.

పై విధంగా, ఇతర సర్వీస్ ప్రొవైడర్లతో నా గురించిన నిర్దిష్ట సమాచారము ఎలా మరియు ఎందుకు పంచుకోబడవచ్చని శ్రామికుడు/అభ్యాసకుడు నాతో చర్చించినాడు. దీనిని నేను అర్థము చేసుకున్నాను మరియు సమాచారము పంచుకోబడేందుకు నా సమ్మతిని నేను తెలియజేస్తున్నాను.

Signed: \_\_\_\_\_

సంతకము గల: \_\_\_\_\_

Dated: dd/mm/yyyy / /

తేదీ గల (తేతే/నెనె/సంసంసంసం): / /

or  
లేదా

Verbal consumer consent

మాఖిక వినియోగదారుని సమ్మతి

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.

ఇతర సర్వీస్ ప్రొవైడర్లతో నిర్దిష్ట సమాచారము ఎలా మరియు ఎందుకు పంచుకోబడవచ్చునో నేను వినియోగదారునితో చర్చించాను. ఇది అర్థము చేసుకోబడినదని మరియు పైన వివరించబడిన విధంగా పంచుకోబడవలసిన సమాచారము కోసం తెలియజేయబడిన సమ్మతి ఇవ్వబడినదని నేను సంతృప్తి చెందాను

or  
లేదా

Consumer does not have the capacity to provide consent

సమ్మతిని అందించేందుకు వినియోగదారునికి సామర్థ్యము లేదు

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

(అనగా, వారు దేనికి సమ్మతిస్తున్నారు లేదా పర్యవసానాల యొక్క, స్వభావమును వారు అర్థము చేసుకోలేదు)

Consent given by authorised representative \_\_\_\_\_

(name of authorised representative)

అధికారము గల ప్రతినిధి సమ్మతి తెలియజేయబడింది \_\_\_\_\_

(అధికారము గల ప్రతినిధి పేరు)

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

అధికారము ఇవ్వే ప్రతినిధి లేదా వారు సంప్రదించ వీలుకాలేదు; అందువల్ల, ఆరోగ్య రికార్డుల చట్టము 2001\* లో ప్రకటించబడిన విధంగా సమాచారము పంచుకోబడుతుంది

\*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.

\*అధికారము గల ప్రతినిధి నుంచి సమ్మతి పొందడం సబబుగా ఆచరణయోగ్యం కాకుంటే లేదా వినియోగదారుని దగ్గర అధికారము గల ప్రతినిధి లేకుంటే, ఆరోగ్య రికార్డుల చట్టము 2001 లో ప్రకటించబడిన పరిస్థితులలో ఆరోగ్య సమాచారము ఇంకనూ పంచుకోబడవచ్చు. ఆరోగ్య సర్వీస్ ప్రొవైడరుచే ఎక్కడ సమాచారము పంచుకోబడుతున్నది మరియు ఆరోగ్య సేవ యొక్క ఏర్పాటు కోసం సబబుగా అవసరం లేదా చట్టబద్ధంగా ఎక్కడ అవసరమో ఇది కలిగి ఉంటుంది.

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):

పైన వివరించబడిన విధంగా సమాచారమును పంచుకునేందుకు సమ్మతించడం గురించి వినియోగదారుని అధికారముగల ప్రతినిధి తెలియజేయబడిన నిర్ణయమును చేయగలరని సునిశ్చితపరచేందుకు, శ్రామికుడు/అభ్యాసకుడు క్రింది విధంగా చేయాలి (పూర్తిచేయబడినప్పుడు గుర్తు పెట్టాలి)

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. ఇతర సేవలు/ఏజెన్సీలతో సమాచారము యొక్క ప్రతిపాదించిన పంచుకోవడమును వినియోగదారునితో చర్చించు
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. ఒకవేళ వినియోగదారుడు అంగీకరించి ఉంటే వినియోగదారుని సమాచారము ఈ సేవలు/ఏజెన్సీలతో మాత్రమే పంచుకోబడుతుందని వివరించండి, ఉదహరించేటప్పుడు, ఒకవేళ సమాచారము వెల్లడించబడటము వినియోగదారునికి ఇష్టము లేకుంటే సేవ కోసం రెఫరల్ ఇంకనూ కొనసాగవచ్చని సలహా ఇవ్వండి
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. మీ సమాచారము – అది వ్యక్తిగతము బ్రోచర్ లాంటి, ఏకాంతము గురించి సమాచారమును వినియోగదారునికి అందించండి
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. ఒకసారి పూర్తి చేయబడిన తర్వాత ఈ పత్రం యొక్క నకలును వినియోగదారునికి అందించండి.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012  
విక్టోరియన్ డిపార్ట్మెంట్ ఆఫ్ హెల్త్, 2012 చే తయారు చేయబడింది

Consent obtained/witnessed by:

వీరిచే సమ్మతి పొందబడింది/సాక్ష్యము గావించబడింది:

Name:

పేరు:

Sign:

సంతకము:

Position/Agency:

స్థితి/ఏజెన్సీ:

Date: dd/mm/yyyy / /

తేది: రో/నె/సంసంసం / /

CSI Page 1 of 1

సీఎస్ఐ పేజి 1 లో 1

Contact number:

సంప్రదింపు నంబరు: