

Indian Journal of ECMO

PATIENT CONSENT FORM

I _____ hereby give my consent and authorize the journal (both print and online edition) to use the image(s) and related information during my treatment. I understand that such imaging records and information may be published by Indian Journal of ECMO and/or any party acting under the license and authority of Indian Journal of ECMO in any print, visual, electronic or broadcast media, specifically including, but not limited to, medical journals and textbooks, scientific presentations and teaching courses and Internet websites, for the purpose of informing the medical profession or the general public about surgery methods, results, issues, trends, concerns and similar matters.

I understand that I may refuse to sign this authorization and such refusal will have no effect on the medical treatment I receive.

I understand that my name and identity will not be disclosed. Once signed, I cannot revoke my consent.

I grant this consent as a voluntary contribution in the interest of public education and certify that I have read the above information and fully understand its terms.

I hereby warrant that I am over twenty-one years of age, and competent to contract in my own name.

Name of patient:

Date of Birth (DD/MM/YY):

Signature/thumb impression of patient (or signature/thumb impression of the person giving consent on behalf of the patient):

Relationship to the patient in case of other person signing/providing thumb impression for the consent:

Address:

Date:

For minor patients:

I am the parent, guardian or conservator of _____, a minor. I am authorized to sign this consent on his/her behalf and I grant this consent as a voluntary contribution in the interest of public education.

Name of the patient:

Name of the parent, guardian, conservator:

Signature/ thumb impression of the parent, guardian, conservator:

Address:

Date:

रोगी सहमति प्रपत्र

मैं _____ एतद्वारा अपनी सहमति देता हूँ और अपने इलाज के दौरान पत्रिका (प्रिंट और ऑनलाइन संस्करण दोनों) को छवि (छवियों) और संबंधित जानकारी का उपयोग करने के लिए अधिकृत करता हूँ। मैं समझता हूँ कि इस तरह के इमेजिंग रिकॉर्ड और जानकारी इंडियन जर्नल ऑफ़ ईसीएमओ और/या इंडियन जर्नल ऑफ़ ईसीएमओ के लाइसेंस और अधिकार के तहत काम करने वाली किसी भी पार्टी द्वारा किसी भी प्रिंट, विजुअल, इलेक्ट्रॉनिक या ब्रॉडकास्ट मीडिया में प्रकाशित की जा सकती हैं, जिसमें विशेष रूप से शामिल हैं, शल्य चिकित्सा के तरीकों, परिणामों, मुद्दों, प्रवृत्तियों, चिंताओं और इसी तरह के मामलों के बारे में चिकित्सा पेशे या आम जनता को सूचित करने के उद्देश्य से चिकित्सा पत्रिकाओं और पाठ्यपुस्तकों, वैज्ञानिक प्रस्तुतियों और शिक्षण पाठ्यक्रमों और इंटरनेट वेबसाइटों तक सीमित नहीं हैं।

मैं समझता हूँ कि मैं इस प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करने से इंकार कर सकता हूँ और इस तरह के इनकार का मेरे द्वारा प्राप्त चिकित्सा उपचार पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।

मैं समझता हूँ कि मेरे नाम और पहचान का खुलासा नहीं किया जाएगा। एक बार हस्ताक्षर करने के बाद, मैं अपनी सहमति को रद्द नहीं कर सकता।

मैं सार्वजनिक शिक्षा के हित में स्वैच्छिक योगदान के रूप में यह सहमति देता हूँ और प्रमाणित करता हूँ कि मैंने उपरोक्त जानकारी को पढ़ लिया है और इसकी शर्तों को पूरी तरह से समझता हूँ।

मैं एतद्वारा आश्वासन देता हूँ कि मेरी आयु इक्कीस वर्ष से अधिक है, और मैं अपने नाम पर अनुबंध करने के लिए सक्षम हूँ।

रोगी का नाम:

जन्म तिथि (दिन/माह/वर्ष):

रोगी के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान (या रोगी की ओर से सहमति देने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान):

अन्य व्यक्ति द्वारा सहमति के लिए हस्ताक्षर करने/अंगूठे का निशान प्रदान करने की स्थिति में रोगी से संबंध:

पता:

दिनांक:

नाबालिग रोगियों के लिए:

मैं एक नाबालिग _____ का माता-पिता, अभिभावक या संरक्षक हूँ। मैं उनकी ओर से इस सहमति पर हस्ताक्षर करने के लिए अधिकृत हूँ और मैं यह सहमति सार्वजनिक शिक्षा के हित में स्वैच्छिक योगदान के रूप में देता हूँ।

रोगी का नाम:

माता-पिता, अभिभावक, संरक्षक का नाम:

माता-पिता, अभिभावक, संरक्षक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान:

पता:

दिनांक: