ਖੋਜ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਪ੍ਰਗਟਾਵੇ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ

(ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਛੋਟੇ ਰੂਪ ਦੇ ਨਾਲ ਵਰਤੋਂ ਲਈ)

ਨਾਂ: _____ ਪ੍ਰਤਿਭਾਗੀ ਦਾ ਨਾਂ ਜਾਂ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: _____

ਮੈਂ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਰਾਹੀਂ ਯੇਲ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੇ ਮੁਤਾਬਕ ਆਪਣੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇੱਕ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿਚ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਦੇ ਲਈ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਪ੍ਰਗਟਾਵੇ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਂਦਾ/ਦੇਂਦੀ ਹਾਂ (ਅਧਿਐਨ ਸਟਾਫ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਏ):

ਅਧਿਐਨ ਦਾ ਸਿਰਲੇਖ: _____

HIC/HSC ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ #: _____ ਅਧਿਐਨ PI: _____

_____ ਤੋਂ _____ ਤਕ ਦੇ ਅਰਸੇ ਲਈ ਪ੍ਰਗਟ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ:

- ❑ ਖੋਜ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ
- ❑ ਇਤਹਾਸ ਅਤੇ ਸਰੀਰਕ ਜਾਂਚ
- ❑ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਬਚਾਅ ਦੇ ਟੀਕੇ
- ❑ ਲੈਬ ਰਿਪੋਰਟ
- ❑ ਐਕਸਰੇ ਰਿਪੋਰਟ
- ❑ ਸਲਾਹਕਾਰੀ ਰਿਪੋਰਟ/ਨੋਟਸ
- ❑ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਪਰਚੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ
- ❑ ਹੇਠਲੇ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਨੋਟਸ ਅਤੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ: _____
- ❑ ਹੋਰ/ਟਿੱਪਣੀਆਂ: _____

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿਚ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਮੈਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ ਤੇ ਹੇਠਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਪ੍ਰਗਟਾਵੇ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਰਿਹੀ/ਰਹੀ ਹਾਂ:

- ❑ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ
- ❑ HIV ਸਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ, AIDS ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਟੈਸਟਿੰਗ ਸਮੇਤ
- ❑ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਇਸ ਰਿਕਾਰਡ ਦੀ ਗੁਪਤਤਾ ਕਨੈਕਟੀਕਟ ਜਨਰਲ ਸਟੈਚਿਊਟਸ ਦੇ ਅਧਿਆਏ 899 ਅਤੇ ਯੂਨਾਇਟਿਡ ਸਟੇਟਸ ਕੋਡ ਦੇ ਟਾਈਟਲ 42 ਦੇ ਅੰਤਰਗਤ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਾਵਧਾਨਾਂ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਇਹ ਸਮੱਗਰੀ ਲਿਖਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਬਿਨਾ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

Signature _____

Date: _____

ਹੇਠਲਿਆਂ ਵਿਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਰਿਕਾਰਡ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵੀ ਪ੍ਰਗਟਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ:

- ☐ ਯੂ.ਐਸ. ਦੇ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਾਨਵ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ (DHHS) ਦੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ
- ☐ ਯੇਲ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿੱਧ, ਯੇਲ ਮਾਨਵ ਖੋਜ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, ਕੋਈ ਵੀ ਬਾਹਰਲਾ ਸੰਸਥਾਗਤ ਸਮੀਖਿਆ ਬੋਰਡ ਜੋ ਯੇਲ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਜੋ ਉਹ ਲੋਕ ਖੋਜ ਅਤੇ ਮਾਲੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹਨ
- ☐ ਉਹ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਜੋ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ (EMR) ਸਿਸਟਮ ਵਿਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹਨ
- ☐ ਪ੍ਰਮੁਖ ਪੜਤਾਲ ਕਰਤਾ ਅਤੇ ਖੋਜ ਟੀਮ
- ☐ ਯੂ.ਐਸ. ਫੂਡ ਐਂਡ ਡਰੱਗ ਐਡਮਿਨਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ (FDA)
- ☐ ਅਧਿਐਨ ਦਾ ਸਪਾਂਸਰ ਜਾਂ ਅਧਿਐਨ ਦਵਾਈ/ਉਪਕਰਨ ਦਾ ਨਿਰਮਾਤਾ
- ☐ ਦੂਜੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈ ਨਿਯੰਤ੍ਰਕ ਏਜੰਸੀਆਂ
- ☐ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਜੋ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਸਿਲਸਿਲੇ ਵਿਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ।
- ☐ ਲੈਬਾਰਟਰੀਆਂ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਅਤੇ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਜੋ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਸਿਲਸਿਲੇ ਵਿਚ ਅਤੇ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਮੁਤਾਬਕ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਕਰਦੇ ਹਨ।
- ☐ ਡੈਟਾ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਬੋਰਡ/ਕਮੇਟੀਆਂ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਲੋਕ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ
- ☐ ਦੂਜੇ, ਵੇਰਵੇ ਮੁਤਾਬਕ: _____

1. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ ___ ਸਾਲ ਬਾਅਦ/ਕਦੇ ਨਹੀਂ ਅਵੈਧ ਹੋ ਜਾਏਗਾ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਫੋਟੋਕਾਪੀ ਉੱਨੀ ਹੈ ਵੈਧ ਸਮਝੀ ਜਾਏਗੀ ਜਿੰਨਾਂ ਕਿ ਓਰਿਜਨਲ।
2. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਪੜਤਾਲ ਕਰਤਾ ਜਾਂ ਖੋਜ ਟੀਮ ਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਦੇ ਕੇ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ ਵੈਧ ਨਹੀਂ ਰਹੇਗਾ, ਸਿਵਾਏ ਉਸ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਜੋ ਇਸਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਚੁਕੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੀ ਚਿੱਠੀ ਇਸ ਪਤੇ ਤੇ ਵੀ ਭੇਜ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208252, New Haven, CT 06520-8252
3. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਵਰਤੀ ਜਾਂ ਪਰਗਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਦੁਬਾਰਾ ਪਰਗਟ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਹੁਣ ਫੈਡਰਲ ਪ੍ਰਾਇਵੇਸੀ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਰਹੇਗੀ। ਪਰ ਦੂਜੀ ਸਟੇਟ ਦੇ ਜਾਂ ਫੈਡਰਲ ਕਾਨੂੰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਨੂੰ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ ਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਵੇਂ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ, HIV/AIDS-ਸਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਮਨੋਰੋਗ/ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਪਰਗਟ ਕਰਨ ਤੇ ਰੋਕ ਲਗਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।
4. ਜੇ ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਤਾਂ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਉੱਪਰ ਇਸਦਾ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ।
5. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ ਦੇ ਉੱਪਰ ਦਸਤਖਤ ਨਾ ਕਰਨ ਦਾ ਮੇਰੇ ਮੌਜੂਦਾ ਅਤੇ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚ ਮਨੋਰੋਗੀ ਅਸਮਰੱਥਤਾਵਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦੇ ਮੇਰੇ ਹੱਕ ਉੱਪਰ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ, ਸਿਵਾਏ ਉਹਨਾਂ ਹਾਲਾਤ ਦੇ ਜਦ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪਰਗਟ ਕਰਨਾ ਮੇਰੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ।
6. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਉੱਪਰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਅਦ ਮੈਨੂੰ ਇਸਦੀ ਕਾਪੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਮੈਂ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ।

_____ ਜਾਂ _____ _____

ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦਸਤਖਤ **ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ/ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਿਗਰਾਨ/ ਅਧਿਕ੍ਰਤ ਵਿਅਕਤੀ** **ਤਾਰੀਖ**

_____

ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ

ਸੋਧ ਦੀ ਮਿਤੀ: ਅਪ੍ਰੈਲ 2015