

## ਖੇਜ 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 ਵਿੱਚ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਦੇ ਲਈ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਪ੍ਰਗਟਾਵੇ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੱਦਾ/ਦਿੱਦੀ ਹਾਂ (ਅਧਿਐਨ ਸਟਾਫ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ):

ਅਧਿਐਨ ਦਾ ਸਿਰਲੇਖ: \_\_\_\_\_

HIC/HSC ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ #: \_\_\_\_\_ ਅਧਿਐਨ PI: \_\_\_\_\_

ਤੋਂ _____	ਤਕ ਦੇ ਅਰਸੇ ਲਈ ਪ੍ਰਗਟ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ:	
<input type="checkbox"/> ਖੋਜ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ <input type="checkbox"/> ਇਤਿਹਾਸ ਅਤੇ ਸਰੀਰਕ ਜਾਂਚ <input type="checkbox"/> ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਬਚਾਅ ਦੇ ਟੀਕੇ <input type="checkbox"/> ਲੈਬ ਰਿਪੋਰਟ	<input type="checkbox"/> ਐਕਸਰੇ ਰਿਪੋਰਟ <input type="checkbox"/> ਸਲਾਹਕਾਰੀ ਰਿਪੋਰਟ/ਨੋਟਸ <input type="checkbox"/> ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਪਰਚੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ	<input type="checkbox"/> ਹੇਠਲੇ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਨੋਟਸ ਅਤੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ: _____ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ/ਟਿੱਪਣੀਆਂ: _____

**ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ 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:**

<input type="checkbox"/> ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ <input type="checkbox"/> HIV ਸਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ, AIDS ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਟੈਸਟਿੰਗ ਸਮੇਤ <input type="checkbox"/> ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ	<p>ਇਸ ਰਿਕਾਰਡ ਦੀ ਗੁਪਤਤਾ ਕਨੈਕਟੀਕਟ ਜਨਰਲ ਸਟੈਚਿਊਟਸ ਦੇ ਅਧਿਆਏ 899 ਅਤੇ ਯੂਨਾਇਟਿਡ ਸਟੇਟਸ ਕੋਡ ਦੇ ਆਈਟਲ 42 ਦੇ ਅੰਤਰਗਤ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਾਵਧਾਨਾਂ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਇਹ ਸਮੱਗਰੀ ਲਿਖਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।</p>
--	---

**Signature** \_\_\_\_\_  
**Date:** \_\_\_\_\_

**ਹੇਠਲਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ 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 ਪ੍ਰਿੰਸਿਪਲ, 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 ਵਿੱਚ 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 ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ।
- ਲੈਬਰਟਰੀਆਂ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਅਤੇ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਜੋ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਸਿਲਸਿਲੇ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਮੁਤਾਬਕ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਕਰਦੇ ਹਨ।
- ਡੈਟਾ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨਿਯੰਤ੍ਰਕ 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 ਜਾਵੇਗਾ। 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 208255, New Haven, CT 06520-8255
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 ਤੋਂ 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 ਵਿੱਚ 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/ ਅਧਿਕ੍ਰ ਵਿਅਕਤੀ
ਤਾਰੀਖ

ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ