

## ਸੰਸਥਾਗਤ ਸਮੀਖਿਆ ਬੋਰਡ (ਆਈਆਰਬੀ)#

### University of California, San Francisco (UCSF Health)

### ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਖੋਜ ਲਈ ਵਰਤਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ

ਅਧਿਐਨ ਸਿਰਲੇਖ (ਜਾਂ ਸੰਸਥਾਗਤ ਸਮੀਖਿਆ ਬੋਰਡ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਨੰਬਰ ਜੋ ਅਧਿਐਨ ਸਿਰਲੇਖ ਭਾਗੀਦਾਰ ਦੀ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਨੂੰ ਭੰਗ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ):

ਪ੍ਰਧਾਨ ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਮ:

ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਫੰਡਿੰਗ ਏਜੰਸੀ (ਜੇ ਫੰਡ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਨ):

#### A. ਇਸ ਫਾਰਮ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਕੀ ਹੈ?

ਪ੍ਰਦੇਸ਼ੀ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਨਿਜ਼ਤਾ ਕਾਨੂੰਨ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਇਸਤੇਮਾਲ ਅਤੇ ਜਾਰੀ ਹੋਣ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ, University of California ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਖੋਜ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਜਾਰੀ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ, ਜਦੋਂ ਤਕ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਗਿਆ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ। ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਖੋਜ ਟੀਮ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜਾਂਚਕਰਤਾ, ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੁਆਰਾ ਖੋਜ ਕਰਨ ਲਈ ਕੰਮ 'ਤੇ ਰੱਖੇ ਵਿਅਕਤੀ ਅਤੇ ਖੋਜ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਗਿਆ ਦੇਣ ਅਤੇ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਫਾਰਮ ਵੱਖਰੇ-ਵੱਖਰੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਦੁਆਰਾ **UCSF Health** ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਂਚਕਰਤਾ, ਖੋਜ ਟੀਮ, ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਖੋਜ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਨੱਥੀ ਕੀਤੇ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਅਨੁਸਾਰ ਵਰਤੇਗੀ ਅਤੇ ਇਸਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰੇਗੀ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਇੱਕ ਵਾਰ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ **UCSF Health** ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਇਸਦੀ ਨਿਜ਼ਤਾ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੁਆਰਾ ਰੱਖਿਆ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਅਤੇ ਸ਼ਾਇਦ ਹੋਰ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਖੋਜ ਟੀਮ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ।

**B. ਕਿਹੜੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ?**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤੁਸੀਂ **UCSF Health** ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਦੇ ਹੋਠ ਲਿਖੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡਾਂ, ਵਿੱਤੀ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿਚਲੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ ਕਰ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ਸਮੁੱਚਾ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ | <input type="checkbox"/> ਲੈਬ ਅਤੇ ਪੈਥੋਲੋਜੀ ਰਿਪੋਰਟਾਂ            | <input type="checkbox"/> ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਰਿਕਾਰਡ           |
| <input type="checkbox"/> ਐਂਬੂਲੇਟਰੀ ਕਲਿਨਿਕ     | <input type="checkbox"/> ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ                      | <input type="checkbox"/> ਵਿੱਤੀ ਰਿਕਾਰਡ                    |
| <input type="checkbox"/> ਸੁਧਾਰ ਸਬੰਧੀ ਨੋਟਸ     | <input type="checkbox"/> ਓਪਰੇਸ਼ਨ-ਸਬੰਧੀ ਰਿਪੋਰਟਾਂ               | <input type="checkbox"/> ਚਿੱਤਰ-ਸਬੰਧੀ ਰਿਪੋਰਟਾਂ            |
| <input type="checkbox"/> ਹੋਰ ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟਾਂ    | <input type="checkbox"/> ਹਸਪਤਾਲ ਤੋਂ ਛੁੱਟੀ ਬਾਰੇ ਸੰਖਿਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ | <input type="checkbox"/> ਪੁਰਾਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਸਰੀਰਕ ਮੁਆਇਨੇ |
| <input type="checkbox"/> ਹੋਰ (ਵਰਣਨ ਕਰੋ):      | <input type="checkbox"/> ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ                          | <input type="checkbox"/> ਮਨੋਵਿਗਿਆਨਕ ਜਾਂਚਾਂ               |

**C. ਕੀ ਮੈਨੂੰ ਕੁਝ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਇਸਤੇਮਾਲਾਂ ਲਈ ਆਪਣੀ ਆਗਿਆ ਦੇਣੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?**

ਹਾਂ।

ਖੋਜ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੇ ਅਜਿਹੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਤੋਂ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਤਰ ਕਰ ਰਹੀ ਹੋਵੇਗੀ ਜਿਸ ਨੂੰ ਚੈਕ ਬਾਕਸ ਦੁਆਰਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਰਫ ਤਾਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਲਾਈਨ(ਨਾਂ) ਉੱਤੇ ਆਪਣੇ ਛੋਟੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।

- ਮੈਂ ਦਵਾ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ, ਨਿਦਾਨ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ। \_\_\_\_\_ (ਛੋਟੇ ਹਸਤਾਖਰ)
- ਮੈਂ ਹਿਊਮਨ ਇਮਿਊਨੋਡੇਫੀਸ਼ਿਏਂਸੀ ਵਾਇਰਸ (ਐਚਆਈਵੀ)/ਐਕੁਆਇਰਡ ਇਮਿਊਨੋਡੇਫੀਸ਼ਿਏਂਸੀ ਵਾਇਰਸ (ਏਡਸ) ਜਾਂਚ-ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ। \_\_\_\_\_ (ਛੋਟੇ ਹਸਤਾਖਰ)
- ਮੈਂ ਆਨੁਵੰਸ਼ਿਕ ਜਾਂਚ-ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ। \_\_\_\_\_ (ਛੋਟੇ ਹਸਤਾਖਰ)
- ਮੈਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਨਿਦਾਨ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ। \_\_\_\_\_ (ਛੋਟੇ ਹਸਤਾਖਰ)

**D. ਕੌਣ ਮੇਰੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇਗਾ?**

ਤੁਹਾਡੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਇਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ:

1. ਨੱਥੀ ਕੀਤੇ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕੀਤੀ ਖੋਜ ਲਈ ਖੋਜ ਟੀਮ ਨੂੰ;
2. ਯੂਸੀ ਵਿਖੇ ਹੋਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਜਿਹਨਾਂ ਕੋਲ ਖੋਜ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ
3. ਹੋਰਾਂ ਨੂੰ ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਖੋਜ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਹਨਾਂ ਸਮੇਤ: ਅਮਰੀਕਾ ਦੀਆਂ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ Food and Drug Administration ਜਾਂ Office of Human Research Protections, ਖੋਜ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਜਿਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕਾਂਟ੍ਰੈਕਟ ਰਿਸਰਚ ਓਰਗਨਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ (contract research organization, CRO), ਜਾਂ ਹੋਰ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿਚਲੀਆਂ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ।

**E. ਮੇਰੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਖੋਜ ਲਈ ਕਿਵੇਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ?**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਖੋਜ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ:

1. ਖੋਜ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਲਈ
2. ਇਸ ਨੂੰ ਅਮਰੀਕਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਂਚਕਰਤਾਵਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ;
3. ਇਸ ਨੂੰ ਭਵਿੱਖੀ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਸੁਧਾਰਨ ਲਈ ਵਰਤਣ ਵਾਸਤੇ;
4. ਇਸ ਨੂੰ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸਾਥੀਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ; ਜਾਂ
5. ਅਮਰੀਕਾ ਜਾਂ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਤੋਂ ਨਵੀਆਂ ਦਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਉਤਪਾਦਾਂ ਲਈ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਲੈਣ ਵਾਸਤੇ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨਾਂ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਲਈ।

**F. ਕੀ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?**

ਨਹੀਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਤੁਸੀਂ ਸਮਾਨ ਨੈਦਾਨਿਕ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋਗੇ। ਪਰ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋਵੋਗੇ।

**G. ਵਿਕਲਪਿਕ ਖੋਜ ਗਤੀਵਿਧੀ**

ਇੱਥੇ ਖੋਜ ਦੀਆਂ ਕੋਈ ਵਿਕਲਪਿਕ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹਨ।

ਜਿਹੜੀ ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਮੈਂ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ, ਦੀ ਅਤਿਰਿਕਤ ਵਿਕਲਪਿਕ ਖੋਜ ਗਤੀਵਿਧੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਇੱਕ ਡੇਟਾਬੇਸ, ਇੱਕ ਟਿਸ਼ੂ ਰਿਪੋਜ਼ਿਟਰੀ ਨੂੰ ਬਣਾਉਣਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ, ਜਿਵੇਂ ਮੈਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਇਹਨਾਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਲਈ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋਣਾ ਚੁਣ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਵੀ।

ਮੈਂ ਸੂਚਿਤ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕੀਤੀਆਂ ਅਤਿਰਿਕਤ ਵਿਕਲਪਿਕ ਖੋਜ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਲਈ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ। \_\_\_\_\_ (ਛੋਟੇ ਹਸਤਾਖਰ)

**H. ਕੀ ਮੇਰੀ ਆਗਿਆ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?**

ਤੁਹਾਡੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਸ ਆਗਿਆ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਖੋਜ ਦਾ ਅੰਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਾਰੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਖੋਜ ਨਿਗਰਾਨੀ ਸਮਾਪਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

**I. ਕੀ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਆਗਿਆ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ?**

ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਆਗਿਆ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹਾ ਦੋ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਖੋਜਕਰਤਾ ਨੂੰ ਲਿਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਗਿਆ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਲਈ ਖੋਜ ਟੀਮ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਤੋਂ ਇੱਕ ਫਾਰਮ ਭਰਣ ਲਈ ਮੰਗ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਗਿਆ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤੁਸੀਂ ਹੁਣ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ। ਤੁਸੀਂ ਖੋਜ ਟੀਮ ਉੱਤੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਇਹ ਪੁੱਛਣਾ ਚਾਹ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ, ਕੀ ਰੱਦ ਕਰਨਾ ਤੁਹਾਡੀ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰੇਗਾ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਰੱਦ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਜਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਇਕੱਤਰ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਸੀਮਿਤ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਲਗਾਤਾਰ ਵਰਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਨਾਲ ਹੀ, ਜੇ ਕਾਨੂੰਨ ਨੂੰ ਇਸਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਅਤੇ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਜਾਂ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਲਗਾਤਾਰ ਦੇਖ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

**J. ਹਸਤਾਖਰ**

**ਭਾਗੀਦਾਰ**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸੇ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੀ ਨਕਲ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

\_\_\_\_\_  
ਭਾਗੀਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ (ਪ੍ਰਿੰਟ)--ਲੋੜੀਂਦਾ

\_\_\_\_\_  
ਭਾਗੀਦਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

\_\_\_\_\_  
ਮਿਤੀ

**ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਭਾਗੀਦਾਰ ਦੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸੇ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ।

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਪ੍ਰਿੰਟ)	ਭਾਗੀਦਾਰ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ
ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ	ਮਿਤੀ

**ਗਵਾਹ**

ਜੇ ਇਹ ਫਾਰਮ ਭਾਗੀਦਾਰ ਲਈ ਪੜ੍ਹਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਫਾਰਮ ਪੜ੍ਹ ਨਹੀਂ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ, ਗਵਾਹ ਦਾ ਮੌਜੂਦ ਹੋਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇੱਥੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ:

ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਮ (ਪ੍ਰਿੰਟ)	
ਗਵਾਹ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ	ਮਿਤੀ