**INSTRUCTIONS FOR HIPAA AUTHORIZATION TEMPLATE**

**[Delete information on this first page before presenting to participants.]**

**The purpose of this template** is to create the HIPAA Authorization form that participants, parents, and/or legally-authorized representatives of participants sign to give you permission to obtain and use protected health information (PHI) of participants for research purposes. You must not change the content of the form; you may only update the protocol number, study title, and PI name on page 1 to reflect the individual study.

**This stand-alone HIPAA Authorization has been approved for use by both UW Medicine and Fred Hutch.**

* For UW Studies: HIPAA language included in the research informed consent form may not be used to obtain authorization for UW Medicine**.**
* For Fred Hutch Studies: Fred Hutch prefers investigators use this stand-alone HIPAA authorization.  Review and approval to include HIPAA language within the research informed consent form is facilitated by the Institutional Review Office (iro@fredhutch.org) upon submission to the IRB.

A single HIPAA Authorization form signed at the start of the study can be used for sub-studies and additional optional parts of the study in addition to the main study so long as all of the applicable information is included in the form and the sub-studies are under the same IRB application as the main study.

**ਖੋਜ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ**

Fred Hutchinson Cancer Center

UW Medicine

**ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਜਾਂ IRB # ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨਾ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਜਾਂ ਅਧਿਐਨ ਦਾ ਸਿਰਲੇਖ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ਮੁੱਖ ਖੋਜਕਰਤਾ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ਫੈਡਰਲ ਹੈਲਥ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ ਪੋਰਟੇਬਿਲਟੀ & ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਐਕਟ (HIPAA) ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਨਿਯਮ ਅਤੇ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਰਾਜ ਦੇ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਕਨੂੰਨ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ ਤੇ ਪਛਾਣਯੋਗ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸੇ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ (PHI) ਵਜੋਂ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ ਕਿ ਖੋਜ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ PHI ਕੌਣ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ ਇਹ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ PHI ਨੂੰ ਕਿਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਇੱਕ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਕਿਸ-ਕਿਸ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਧਾਰਤ ਸਹਿਮਤੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜੋ ਖੋਜ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰੇਗਾ।

**ਖੋਜ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਕਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਰਤੀ ਜਾਵੇਗੀ?**

ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਖੋਜ ਟੀਮ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਅਜਿਹੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿਚਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਛਾਣ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ:

* ਜਨਸੰਖਿਆ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਨਾਮ, ਜਨਮ ਮਿਤੀ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ
* ਮੈੀਡਕਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਇਤਿਹਾਸ, ਪ੍ਰੋਗਰੈਸ ਨੋਟਸ, ਆਪਰੇਟਿਵ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਲੈਬਾਰਟਰੀ ਅਤੇ ਇਮੇਜਿੰਗ ਨਤੀਜੇ
* ਅਧਿਐਨ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਪਿਛਲੇ ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਉਹ ਰਿਕਾਰਡ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰੌਨਿਕ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡ ਰਾਹੀਂ ਫ੍ਰੈਡ ਹਚਿਨਸਨ ਕੈਂਸਰ ਸੈਂਟਰ ਅਤੇ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਸਹਯੋਗੀਆਂ ਤੋਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਤੀਕੂਲ ਘਟਨਾ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਖੋਜ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਸੱਟ, ਤੁਹਾਡੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਹੋਰ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਤੁਸੀਂ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਪਰ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। HIPAA ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਨਿਯਮ ਲਈ ਇਹ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਖੋਜ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਸੀਮਤ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ।

**ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਕਿਸ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ?**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਹਰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ—ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਤੁਸੀਂ ਮੈਡੀਕਲ ਇਲਾਜ ਲਿਆ ਹੈ, ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਵਰਣਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਖੋਜ ਟੀਮ ਨੂੰ ਦੇਣ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਫ੍ਰੈਡ ਹਚਿਨਸਨ ਕੈਂਸਰ ਸੈਂਟਰ, ਸੀਐਟਲ ਚਿਲਡ੍ਰਨਜ਼ ਹਸਪਤਾਲ, ਅਤੇ UW ਮੈਡੀਸਿਨ ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਤ ਕਲੀਨਿਕ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਹਨ।

**ਅਧਿਐਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ PHI ਤੱਕ ਕੌਣ ਪਹੁੰਚ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ?**

ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਪੂਰੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ PHI ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਨਾ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਖੋਜ ਟੀਮ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ PHI ਮਿਲੇਗੀ ਅਤੇ ਉਹ ਇਸਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਧਾਰਤ ਸਹਿਮਤੀ ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਲਈ ਕਰੇਗੀ। ਖੋਜ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਹੋਰ ਖੋਜਕਾਰਾਂ, ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਸਪਾਂਸਰ (ਸਪਾਂਸਰ ਵੱਲੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਸਮੇਤ) ਜਾਂ ਅਧਿਐਨ ਦੌਰਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਹੋਰ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਵੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਕੇਂਦਰੀ ਜਾਂ ਰਾਜ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ (ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ, ਅਮਰੀਕੀ ਫੂਡ ਐਂਡ ਡਰੱਗ ਐਡਮਿਨਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ (FDA) ਅਤੇ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਹੈਲਥ) ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਨੂੰਨ ਮੁਤਾਬਕ ਹੋਰ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨਾਲ ਵੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੋ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਡਾਕਟਰਾਂ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਵਾਂਗ ਕਾਨੂੰਨੀ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਮਿਆਰਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ। ਇਸ ਕਰਕੇ, ਖੋਜ ਟੀਮ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਤੇ ਨਿੱਜਤਾ ਦੀ ਗਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦੀ।

**ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ:**

ਤੁਹਾਡੀ PHI ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਹ ਇਜਾਜ਼ਤ ਉਸ ਸਮੇਂ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਖੋਜ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸਾਰੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਅਧਿਐਨ ਨਿਗਰਾਨੀ ਪੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਸਿਵਾਏ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

**ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ:**

1. ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨਾ। ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਯਮਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ, ਭੁਗਤਾਨ, ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਣ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਧਾਰਤ ਸਹਿਮਤੀ ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕੋਗੇ।
2. ਅਧਿਐਨ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਵਿੱਚ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਅਤੇ ਸੰਭਾਲੀ ਗਈ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਅਤੇ ਨਕਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਸਫਲਤਾ ਅਤੇ ਅਖੰਡਤਾ ਲਈ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਅਧਿਐਨ ਵਿਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਨਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ ਜਦੋਂ ਤਕ ਅਧਿਐਨ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਜੇਕਰ ਅਧਿਐਨ ਦੌਰਾਨ ਇਹ

ਜਾਣਕਾਰੀ ਡਾਟਾ ਦੀ ਅਖੰਡਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਮੁੱਖ ਖੋਜਕਾਰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨਾ ਦੇਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਅਧਿਐਨ ਪੂਰਾ ਹੋਣ ਤੱਕ ਰੋਕੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
3. ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਰੱਦ ਕਰਨਾ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਧਾਰਤ ਸਹਿਮਤੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਮੁੱਖ ਖੋਜਕਾਰ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ ਰੱਦ ਵੀ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਵੀ ਖੋਜ ਟੀਮ, ਖੋਜ ਦੇ ਸਪਾਂਸਰ(ਸਪਾਂਸਰਾਂ) ਅਤੇ/ਜਾਂ ਖੋਜ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਰਤ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੱਕ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ। ਇਹ ਖੋਜ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਸਮਝਦੇ ਹੋ ਕਿ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਨਾਲ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਖਤਮ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
4. ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ।

**ਖਾਸ** **ਅਧਿਕਾਰ:**

ਤੁਸੀਂ ਸਮਝਦੇ ਹੋ ਕਿ ਇਹ ਰਿਲੀਜ਼ (ਜਾਰੀਨਾਮਾ) ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਸੰਬੰਧੀ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨਾਲ ਵੀ ਸੰਬੰਧਤ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਸ਼੍ਰੇਣੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਕੇਂਦਰੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਕਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਖੋਜ ਟੀਮ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਨਾਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਤੁਸੀਂ ਸਮਝਦੇ ਹੋ ਕਿ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਿਕਾਰਡ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਵੋ।

ਖੋਜ ਟੀਮ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵੀ **ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ** ਅਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ:

[ ]  ਵਿਵਹਾਰਕ ਜਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡ

[ ]  ਸ਼ਰਾਬ/ਨਸ਼ਿਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਵਿਗਾੜ ਦਾ ਰਿਕਾਰਡ

[ ]  ਜਿਨਸੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੰਚਾਰਿਤ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

[ ]  HIV (AIDS) ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ

ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ ਫਾਰਮ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਸ ਬਾਬਤ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲਿਆ ਹੈ। ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਮੇਰੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ।

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ਵਿਅਕਤੀਗਤ/ਕਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਪ੍ਰਿੰਟ ਨਾਮ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ਵਿਅਕਤੀਗਤ/ਕਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ** **ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ**

ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਕਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੁਆਰਾ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨਾਲ ਆਪਣਾ ਸੰਬੰਧ ਦੱਸੋ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਵਲੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰੋ:

ਵਿਅਕਤੀ: [ ]  ਨਾਬਾਲਗ ਹੈ [ ]  ਅਸਮਰੱਥ ਹੈ [ ]  ਅਪਾਹਜ ਹੈ [ ]  ਮ੍ਰਿਤ ਹੈ

ਕਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ

[ ]  ਹਿਰਾਸਤੀ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ

[ ]  ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ

[ ]  ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੀ ਜਾਇਦਾਦ ਦਾ ਕਾਰਜਕਾਰੀ

[ ]  ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ ਹੈਲਥਕੇਅਰ

[ ]  ਅਧਿਕਾਰ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ

[ ]  ਹੋਰ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_