

**ਦਾਖਲ ਰੋਗੀਆਂ ਦੇ ਮੁੜ-ਵਸੇਬੇ ਲਈ ਅਤਿ-ਜ਼ਰੂਰੀ ਦੇਖਭਾਲ/ਸੀਸੀਸੀ ਰੈਫਰਲ ਫਾਰਮ
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM
(PUNJABI)**

**ਸੈਕਸ਼ਨ 6: ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸਹਿਮਤੀ
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION**

ਸਾਰੇ ਰੈਫਰਲਜ਼ ਲਈ ਭਰੇ ਜਾਣ ਵਾਸਤੇ (ਸੋਸ਼ਲ ਵਰਕਰ/ਡਿਸਚਾਰਜ ਪਲੈਨਰ/ਕੇਸ ਮੈਨੇਜਰ ਵੱਲੋਂ) /
To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ _____ ਰੈਫਰਲ ਦੇਣ ਲਈ ਮੇਰੀ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
(ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਸਹੂਲਤ ਦਾ ਨਾਮ)
(Name of facility disclosing information)

ਸਿਹਤ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਹਵਾਲਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ / Organizations referred to:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ਬੇਅਕ੍ਰੈਸਟ
Baycrest | <input type="checkbox"/> ਮਾਰਖਮ ਸਟੋਵਿਲ ਹਸਪਤਾਲ
Markham Stouffville | <input type="checkbox"/> ਟੋਰਾਂਟੋ ਈਸਟ ਜਨਰਲ ਹਸਪਤਾਲ
Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> ਵਿਲੀਅਮ ਓਸਲਰ ਹੈਲਥ ਸੈਂਟਰ
William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> ਬ੍ਰਿਜਪੁਆਇੰਟ ਹੈਲਥ
Bridgepoint Health | <input type="checkbox"/> ਪ੍ਰੋਵਿਡੈਂਸ ਹੈਲਥਕੇਅਰ
Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> ਟੋਰਾਂਟੋ ਗ੍ਰੇਸ ਹੈਲਥ ਸੈਂਟਰ
Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> ਯੋਰਕ ਸੈਂਟਰਲ ਹਸਪਤਾਲ
York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਵੈਲੀ ਹਸਪਤਾਲ
Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> ਰੂਜ਼ ਵੈਲੀ ਹੈਲਥ ਸਿਸਟਮ
Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> ਟੋਰਾਂਟੋ ਰੀਹੈਬ
Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> ਦੂਜਾ (ਵਰਣਨ ਕਰੋ)
Other (specify) _____ |
| <input type="checkbox"/> ਹਾਲਟਨ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼
Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> ਸਾਊਥਲੇਕ ਰਿਜਨਲ ਹੈਲਥ ਸੈਂਟਰ
Southlake Regional Health Centre | <input type="checkbox"/> ਟ੍ਰਿਲੀਅਮ ਹੈਲਥ ਸੈਂਟਰ
Trillium Health Centre | |
| <input type="checkbox"/> ਲੇਕਰਿਜ਼ ਹੈਲਥ
Lakeridge Health | <input type="checkbox"/> ਸੇਂਟ ਜੌਨਜ਼ ਰੀਹੈਬ ਹਸਪਤਾਲ
St. John's Rehab Hospital | <input type="checkbox"/> ਵੈਸਟ ਪਾਰਕ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਸੈਂਟਰ
West Park Healthcare Centre | |

ਸਿਰਫ਼ ਐਕਾਈਨਡ ਬਰੇਨ ਇਨਜ਼ਰੀ ਦਿਮਾਗ ਦੀ ਸੱਟ (Acquired Brain Injury) (ABI) ਦੇ ਰੈਫਰਲਜ਼ ਲਈ / For Acquired Brain Injury (ABI) referrals only:

ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਟੋਰਾਂਟੋ ਏ.ਬੀ.ਆਈ. ਨੈਟਵਰਕ (Toronto ABI Network) ਤੁਹਾਡੀ ਰੈਫਰਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸੰਬੰਧਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਜਿਹੇ ਰੁਝਾਨਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਕਰੇ ਜੋ ਇਹ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਕਿਵੇਂ ਵਰਤਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦਰਖਾਸਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਰੀਹੈਬ (ਮੁੜ-ਵਸੇਬੇ) ਦੀ ਕਿਸਮ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਬਾਰੇ ਖੋਜ ਦੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਅਤੇ ਫੇਰ ਦੂਜੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਮਿਲਾਈ ਜਾਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਂ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਬਜਨਕ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕੇ, ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਕੋਈ ਰਿਸਰਚ ਐਥਿਕਸ (ਖੋਜ ਨੀਤੀਆਂ ਬਾਰੇ) ਬੋਰਡ ਸਾਰੇ ਖੋਜ ਪ੍ਰਾਜੈਕਟਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦੇਵੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

- ਜੀ ਹਾਂ / Yes**, ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੀ ਬਿਹਤਰੀ ਅਤੇ ਖੋਜ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੇਰੇ ਨਾਂ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਬਜਨਕ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ਜੀ ਨਹੀਂ / No**, ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੀ ਬਿਹਤਰੀ ਅਤੇ ਖੋਜ ਲਈ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ।

ਸਿਰਫ਼ ਈ-ਰੈਫਰਲਜ਼ ਲਈ / For e-Referrals only:

ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੇ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੈਫਰਲ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵਰਤਦੀ ਹੈ। ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਾਇਮ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਸਿਰਫ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਟੀਮ ਹੀ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੇਖ ਸਕੇ। ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੈਫਰਲ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਨਾਲ ਰੈਫਰਲ ਦੇਣ ਦੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਤੇਜ਼ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਲਿਆਉਣ 'ਚ ਵੀ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਦੇਰੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਖੋਜਕਾਰਾਂ ਵੱਲੋਂ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੀ ਵਿਉਂਤਬੰਦੀ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ। ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਅਤੇ ਫੇਰ ਇਸਨੂੰ ਦੂਜੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਮਿਲਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਂ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਬਜਨਕ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕੇ, ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਕੋਈ ਰਿਸਰਚ ਐਥਿਕਸ (ਖੋਜ ਨੀਤੀਆਂ ਬਾਰੇ) ਬੋਰਡ ਸਾਰੇ ਖੋਜ ਪ੍ਰਾਜੈਕਟਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦੇਵੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

- ਜੀ ਹਾਂ / Yes**, ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੀ ਬਿਹਤਰੀ ਅਤੇ ਖੋਜ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੇਰੇ ਨਾਂ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਬਜਨਕ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ਜੀ ਨਹੀਂ / No**, ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੀ ਬਿਹਤਰੀ ਅਤੇ ਖੋਜ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ।

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਂ ਛਾਪੋ: / Print Name of Patient: _____

ਮਰੀਜ਼/ਬਦਲਵੇਂ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: / Signature of Patient/Substitute: _____

ਬਦਲਵੇਂ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ: (ਨਾਂ ਛਾਪੋ) / Name of Substitute (Print name): _____

ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ, ਜੇ ਬਦਲਵੇਂ ਵਿਅਕਤੀ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ: / Relationship to patient, if signed by Substitute: _____

- ਜੀ ਹਾਂ, ਜਦੋਂ ਸਹਿਮਤੀ ਲਈ ਗਈ ਤਾਂ ਕਿਸੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ। / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
- ਕਿਸੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਸੀ। / No interpreter was required.

ਤਾਰੀਖ:(ਸਾਲ/ਮਹੀਨਾ/ਤਾਰੀਖ) / Date (YYYY/MM/DD): _____