

உள்வாரியானநோயாளிக்கான தீவிர கண்காணிப்பு/CCC தகவல் பரிமாற்றத்துக்கான விண்ணப்பப்படிவம்  
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM  
(TAMIL)

**பிரிவு 6: தனிப்பட்ட உடல்நலத் தகவல்களை வெளியிட விருப்பத்தைத் தெரிவித்தல் /  
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION**

சம்பந்தப்பட்ட எல்லா ( சமூகசேவை ஊழியர்,நோயாளியை வெளியில் அனுப்பும் திட்டவியலாளர்,குறித்த விடயத்துக்கான மனேஜர்) ஆகிய அனைவரின் கவனத்துக்காகவும் நிரப்பப்பட வேண்டும். / To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

நான் \_\_\_\_\_ க்கு, எனது தனிப்பட்ட சுகாதாரத் தகவல்களை இது தொடர்பான உரியவர்களுக்குக் கொடுப்பதற்கு உடன்படுகிறேன்.  
(தகவல்களைக் கொடுக்கும் துறையினர்)  
(Name of facility disclosing information)

**தகவல்கள் பரிமாற்றத்துக்கான நிறுவனங்கள் / Organizations referred to:**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> பேகிரஸ்ட்<br>Baycrest  | <input type="checkbox"/> மக்ஹாம்<br>ஸ்டோபைவில்வைத்தியசாலை<br>Markham Stouffville                 | <input type="checkbox"/> சென்.ஜோன்ஸ்<br>புனருத்தாபனவைத்தியசாலை<br>St. John's Rehab Hospital | <input type="checkbox"/> மேற்குபார்க் சுகநலநிலையம்<br>West Park Healthcare<br>Centre    |
| <input type="checkbox"/> பிரிஜ்போயின்ட் சுகநலம்<br>Bridgpoint Health                  | <input type="checkbox"/> புரொவிடன்ஸ்<br>சுகாதாரநிலையம்<br>Providence Healthcare                  | <input type="checkbox"/> கிழக்குரொண்டோபொதுவைத்தியசாலை<br>Toronto East General Hospital      | <input type="checkbox"/> வில்லியம்<br>ஓஸ்லர்சுகநலநிலையம்<br>William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> கிரிட் பள்ளத்தாக்கு<br>வைத்தியசாலை<br>Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> ரப்ப்வாலி சுகநலத்திட்டம்<br>Rouge Valley Health System                  | <input type="checkbox"/> டொரொண்டோ கிரேஸ் சுகநலநிலையம்<br>Toronto Grace Health Centre        | <input type="checkbox"/> யோர்க் மத்திய<br>வைத்தியசாலை<br>York Central Hospital          |
| <input type="checkbox"/> ஹேல்டன் சுகநலசேவைகள்<br>Halton Healthcare Services           | <input type="checkbox"/> சவுத்லேக் பிரதேசசுகநல<br>நிலையம்<br>Southlake Regional Health<br>Centre | <input type="checkbox"/> டொரொண்டோ புனர்வாழ்நிலையம்<br>Toronto Rehab                         | <input type="checkbox"/> ஏனையவை(குறிப்பிடவும்)<br>Other (specify)                       |
| <input type="checkbox"/> லேக்பிரிஜ் ஹெல்த்<br>Lakeridge Health                        |  | <input type="checkbox"/> டிரிலியம் சுகநலநிலையம்<br>Trillium Health Centre                   |   |

**முனைக்காயம் - நரம்புதொடர்பான நோயின் தகவல் பரிமாற்றத்துக்கு மாத்திரம் (ABI) / For Acquired Brain Injury (ABI) referrals only:**

நோயாளிகள் எவ்வாறு சுகாதார சேவைகளைப் பயன்படுத்துகிறார்கள் என்பதை அறிந்து கொள்ள நீங்கள் கொடுத்த தகவல்களின் சாராம்சத்தை டோரண்டோ ABI வலையமைப்பு பாவிக்கலாம். எந்தவகையான புனர்வாழ்வு நோயாளர்கள் விண்ணப்பிக்கிறார்கள் என்பதையும் சிகிச்சையின் படிநிலைகளையும் பற்றிய ஆய்வுக்கான கேள்விகளுக்குப் பதிலளிக்க இது உதவும் உங்கள் தகவல்கள் கணணியிலிருந்து பெறப்பட்டு பிறகு ஏனைய நோயாளிகளின் தகவல்களுடன் ஒப்பீடு செய்யப்படும். உங்கள் பெயர்,தனிப்பட்ட சுகாதார தகவல்கள் எந்தவொரு பொது அறிக்கைக்கும் பாவிக்கப்படமாட்டாது. உங்கள் தகவல்கள் பாவிக்கப்பட முன்பு எல்லா ஆய்வுத் திட்டங்களையும் முதலில் ஆய்வுக்கான ஒழுக்காற்று சபை அங்கீகரிக்கவேண்டும்.உங்களின் தனிப்பட்ட சுகாதார தகவல்கள் பாவிக்கப்பட நீங்கள் விரும்பாவிட்டால், இந்தத் தீர்மானம் உங்கள் சுகாதார நலன்களை எவ்வகையிலும் பாதிக்காது.

- ஆம் / Yes, எனது சுகாதார தகவல்கள் திட்டத்தை விருத்திசெய்யவும்,ஆய்வுகளுக்காகவும் உபயோகிக்கலாம்.எனது பெயர், தனிப்பட்ட சுகாதார தகவல்கள் எந்தவொரு பொது அறிக்கையிலும் பாவிக்கப்படமாட்டாது
- இல்லை / No, எனது சுகாதார தகவல்கள் திட்டத்தை விருத்திசெய்யவோ ,ஆய்வுகளுக்கோ உபயோகிக்கப்படக்கூடாது.

**மின் அஞ்சல் - தகவல் பரிமாற்றத்துக்கு மாத்திரம் / For e-Referrals only:**

உங்கள் நலன் சேவைக்குழு, உங்கள் நலன் சேவை வழங்குனர்களோடு உங்கள் சுகாதார தகவல்களை பகிர்ந்து கொள்வதற்கு கணணியின் மின்னியக்க தகவல் பரிமாற்று அமைப்பைப் பாவிக்கும். உங்கள் தகவல்களை உங்கள் சுகநல குழு மாத்திரம் பார்க்கக்கூடிய வகையில் கணணியமைப்பு நிறுவப்பட்டுள்ளது.மின்னியல் தகவல் பரிமாற்று அமைப்பு, மருத்துவ தகவல் பரிமாற்றத்தைத் துரிதப்படுத்துகிறது. நோயாளிகளுக்கான சேம நலசேவையின் தரத்தை அது விருத்திசெய்கிறது ஏனெனில், எத்தகைய தாமதமும் இன்றி துரித வேகத்தில் அது தகவல்களை வழங்குகிறது. கணணியமைப்பில் உள்ள உங்கள் தகவல்களை ஆய்வாளர்களும்,சுகாதார அமைப்பு திட்டமிடல் நோக்கங்களுக்காகவும் பயன்படுத்தப்படும். கணணியமைப்பில் இருந்து உங்கள் தகவல்கள் திரட்டப்பட்டு ஏனைய நோயாளர்களின் தகவல்களோடு ஒப்பீட்டு ஆய்வுசெய்யப்படும். உங்கள் பெயர், தனிப்பட்ட சுகாதார தகவல்கள் எந்தவொரு பொது அறிக்கைக்கும் பாவிக்கப்படமாட்டாது. உங்கள் தகவல்கள் பாவிக்கப்பட முன்பு எல்லா ஆய்வுத் திட்டங்களையும் முதலில் ஆய்வுக்கான ஒழுக்காற்று சபை அங்கீகரிக்கவேண்டும். உங்களின் தனிப்பட்ட சுகாதார தகவல்கள் பாவிக்கப்பட நீங்கள் விரும்பாவிட்டால், இந்தத் தீர்மானம் உங்கள் சுகாதார நலன்களை எவ்வகையிலும் பாதிக்காது.

- ஆம் / Yes, எனது சுகாதார தகவல்கள் திட்டத்தை விருத்திசெய்யவும்,ஆய்வுகளுக்காகவும் உபயோகிக்கலாம்.எனது பெயர், தனிப்பட்ட சுகாதார தகவல்கள் எந்தவொரு பொது அறிக்கையிலும் பாவிக்கப்படமாட்டாது
- இல்லை / No, எனது சுகாதார தகவல்கள் திட்டத்தை விருத்திசெய்யவோ ,ஆய்வுகளுக்கோ உபயோகிக்கப்படக்கூடாது.

நோயாளியின் பெயர் - அச்சில் பிரசுரிக்கவும்: /

Print Name of Patient: \_\_\_\_\_

நோயாளியின்/அவருக்குப் பதிலாக இருப்பவரின் கையொப்பம்: /

Signature of Patient/Substitute: \_\_\_\_\_

பதிலாக இருப்பவரின் கையொப்பம்: பெயர்- (அச்சில் பிரசுரிக்கவும்) /

Name of Substitute (Print name): \_\_\_\_\_

பதிலாக ஒருவர் கையொப்பமிட்டால் அவருக்கு நோயாளியுடனான உறவுமுறை /

Relationship to patient, if signed by Substitute: \_\_\_\_\_

- ஆம்,சம்மதம் பெறும்போது ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரின் சேவை பெறப்பட்டது. /  
Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
- இல்லை, மொழிபெயர்ப்பாளர் அவசியப்படவில்லை. / No interpreter was required.

திகதி (வரு/மா/திகதி) / Date (YYYY/MM/DD): \_\_\_\_\_