

ການໃຫ້ຄໍາຍິນຍອມຂອງຄົນເຈັບສໍາລັບການສ້າງໂປຣຟາຍ ໂມເລກຸນ – Minnesota/Wyoming



ກະລຸນາອ່ານຢ່າງລະອຽດ ແລະ ປຶກສາກັບແພດຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ Caris ທີ່ LPSTeam@CarisLS.com [ໃສ່ທີ່ຢູ່ອີເມວ] ຫຼື (888) 979-8669.

ອີເມວແບບຟອມສົມບູນໄປທີ່ LPSTeam@CarisLS.com ຫຼື ແຟັກໄປທີ່ 866-479-4925.

ຂໍ້ມູນການທົດສອບ

ຈຸດປະສົງການກວດ, ການເກັບຕົວຢ່າງ ແລະ ຜົນໄດ້ຮັບ

ໂປຣຟາຍໂມເລກຸນຈາກ Caris Life Sciences® (Caris) ຈະປະເມີນເຄື່ອງໝາຍມະເຮັງທີ່ພົບໃນເນື້ອງອກ ຫຼື ເລືອດຂອງທ່ານ ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທີມງານດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ພັດທະນາແຜນການປິ່ນປົວສະເພາະສໍາລັບທ່ານ. ໃນຂັ້ນຕອນການກວດ, ຕົວຢ່າງເລືອດແລະ / ຫຼື ຕົວຢ່າງເນື້ອງອກຂອງທ່ານຈະຖືກສົ່ງໄປທີ່ Caris, ບ່ອນທີ່ຕົວຢ່າງຂອງທ່ານ ລວມທັງ DNA ແລະ RNA ທີ່ສະກັດຈາກຕົວຢ່າງຂອງທ່ານຈະຖືກວິເຄາະແລະສ້າງຂໍ້ມູນຈີໂນມໂປຣຟາຍຂຶ້ນ. Caris ຈະລາຍງານຜົນກວດຂອງທ່ານເຖິງແພດທີ່ສັງກວດ ແລະ ເຖິງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆຕາມໜ່ວຍງານປິ່ນປົວຂອງທ່ານຮ້ອງຂໍ. ຜົນການກວດຈະຊີ້ບອກວ່າ ເຄື່ອງໝາຍທີ່ຖືກກວດນັ້ນ ມີ ຫຼື ບໍ່ມີ ຢູ່ໃນຕົວຢ່າງຂອງທ່ານ ແລະ ອາດຈະຊີ້ບອກລັກສະນະອື່ນໆຂອງມະເຮັງຂອງທ່ານໄດ້. ແພດສາມາດຂໍຜົນກວດໄດ້ຈາກ ຫຼື ຈາກ Caris ໄດ້ເມື່ອມີການແຈ້ງຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນຕາມກົດໝາຍອະນຸຍາດ.

ສໍາລັບສ້າງໂປຣຟາຍຕາມເລືອດ (Caris Assure), ຕົວທ່ານເອງ ແລະ ແພດຂອງທ່ານມີສິດເລືອກທີ່ຈະປະຕິເສດຮັບລາຍງານຂໍ້ມູນທີ່ຖ່າຍທອດທາງພັນທຸກຳໄດ້ (ຈາກຄອບຄົວຂອງທ່ານ). ທ່ານໝໍຂອງທ່ານອາດເລືອກບໍ່ຮັບການລາຍງານນີ້ ໃນນາມເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສັງກວດທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຍົກເລີກການລາຍງານຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກຳ, ກະລຸນາໝາຍໃສ່ບ່ອນລຸ່ມນີ້:

ຂ້າພະເຈົ້າເລືອກບໍ່ຮັບລາຍງານການກວດທາງພັນທຸກຳທີ່ສືບທອດໄດ້.

ສໍາລັບໂປຣຟາຍລິດເທົ່ານັ້ນ: ຍົກເວັ້ນວ່າທ່ານ ຫຼື ແພດຂອງທ່ານເລືອກທີ່ຈະບໍ່ຮັບລາຍງານຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກຳສືບທອດໄດ້, Caris Assure ຈະລວມການລາຍງານຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກຳສືບທອດໄດ້ (ຈາກຄອບຄົວຂອງທ່ານ), ເຊິ່ງສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນວ່າມະເຮັງຂອງທ່ານມີສາຍເຫດມາຈາກການແປຮູບ DNA ທີ່ສືບທອດໄດ້ຫຼືບໍ່ ແລະ ຄວາມສ່ຽງຂອງທ່ານໃນການເກີດມີມະເຮັງຊະນິດອື່ນໆຫຼືບໍ່. ຜົນກວດເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບທ່ານ ຫຼື ຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ບໍ່ຄາດຄິດ ແລະ ຜົນກວດຂອງທ່ານອາດມີຜົນກະທົບຕໍ່ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ໃນບາງກໍລະນີ, ແພດຂອງທ່ານອາດແນະນຳໃຫ້ມີການກວດເພີ່ມເຕີມເພື່ອຊີ້ແຈງຜົນໄດ້ຮັບດັ່ງກ່າວ. ທ່ານອາດຕ້ອງການຮັບຄໍາປຶກສາດ້ານພັນທຸກຳກ່ອນທີ່ຈະຍິນຍອມຮັບການທົດສອບ. ຖ້າທ່ານໃຫ້ຕົວຢ່າງເລືອດສໍາລັບການກວດ ແລະ ທ່ານຫຼືແພດຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ຮັບການລາຍງານຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກຳສືບທອດໄດ້, ຜົນກວດພະຍາດ / ພັນທຸກຳຂອງທ່ານອາດລວມມີ:

ທາງບວກ: ຜົນໄດ້ຮັບໃນທາງບວກອາດຈະຊີ້ບອກວ່າທ່ານເປັນພາຫະ, ມີແນວໂນ້ມທີ່ຈະ ຫຼື ມີພະຍາດສະເພາະ ຫຼື ສະພາບທີ່ຖືກທົດສອບຫາ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບຜົນເປັນບວກ ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການປຶກສາກັບແພດ ຫຼື ທີ່ປຶກສາດ້ານພັນທຸກຳຂອງທ່ານ. ທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານອາດຮັບການແນະນຳຈາກແພດເພື່ອທຳການກວດເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ເພື່ອຍັງຍືນຜົນກວດ.

ທາງລົບ: ຜົນໄດ້ຮັບໃນທາງລົບຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າບໍ່ມີຕົວແປທີ່ພາໃຫ້ເກີດພະຍາດໃນການກວດທີ່ດຳເນີນ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຜົນໄດ້ຮັບທາງລົບບໍ່ໄດ້ຮັບປະກັນວ່າທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານບໍ່ມີຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງກໍາມະພັນ ຫຼື ເງື່ອນໄຂທາງການແພດອື່ນໆ ແລະ ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມອາດຈະສາມາດໃຊ້ໄດ້ໃນອະນາຄົດທີ່ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການຕີຄວາມໝາຍຂອງຜົນການທົດສອບຂອງທ່ານ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, Caris ບໍ່ມີພັນທະທີ່ຈະອັບເດດ, ກວດຄືນ ຫຼື ປະເມີນຜົນການກວດອີກຄັ້ງໃໝ່ ຫຼັງຈາກຜົນຮັບດັ່ງກ່າວນັ້ນຖືກສົ່ງໃຫ້ແພດຂອງທ່ານແລ້ວ.

ຜົນປະໂຫຍດ, ຄວາມສ່ຽງ ແລະ ຂໍ້ຈຳກັດຂອງການກວດຈີໂນມ

ຜົນປະໂຫຍດຂອງການກວດອາດຈະລວມມີ: (i) ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມເລື່ອງການຕັດສິນໃຈການດູແລສຸຂະພາບສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ ແລະ ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ; ແລະ (ii) ການສະມັກເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາວິໄຈ. ຄວາມສ່ຽງຂອງການກວດອາດລວມມີ: (i) ຄວາມກັງວົນກ່ຽວກັບການກວດ; (ii) ຄວາມຮູ້ສຶກເມື່ອຍເລັກນ້ອຍເວລາເມື່ອໃຫ້ຕົວຢ່າງເນື້ອງອກ ຫຼື ຕົວຢ່າງເລືອດຂອງທ່ານ; (iii) ການເລືອກປະຕິບັດອີງໃສ່ຜົນການກວດຂອງທ່ານ (ເຖິງວ່າກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດ ບາງສະບັບຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຈາກການເລືອກປະຕິບັດທາງພັນທຸກຳບາງປະການ ແຕ່ກົດໝາຍເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ນຳໃຊ້ໄດ້ໃນທຸກສະຖານະການ. ທ່ານສາມາດເຂົ້າໄປທີ່ www.genome.gov/10002328 ເພື່ອເຂົ້າເບິ່ງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ການບໍ່ຈຳແນກພັນທຸກຳ, ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ທີ່ປົກປ້ອງຂໍ້ມູນພັນທຸກຳ Genetic Nondiscrimination Act ເຊິ່ງເປັນກົດໝາຍລັດຖະບານກາງຄຸ້ມຄອງຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກຳ); ແລະ (iv) ການສູນເສຍຄວາມລັບເນື່ອງຈາກການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (Caris ໃຊ້ມາດຕະການປ້ອງກັນທີ່ເໝາະສົມເພື່ອປົກປ້ອງຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນຂອງທ່ານ ແຕ່ບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນຄວາມລັບຂອງຂໍ້ມູນນີ້ໄດ້). ຂໍ້ຈຳກັດ: Caris ບໍ່ມີການຮັບປະກັນ ຫຼື ຮັບຮອງວ່າການກວດທາງພັນທຸກຳຂອງຕົນຈະພົບການກາຍພັນທາງຈີໂນມທັງໝົດ ແລະ ພາຫະທັງໝົດຂອງພະຍາດທັງໝົດໄດ້. ຄວາມແປປວນທາງພັນທຸກຳທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຈຸດປະສົງຂອງການກວດ ອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການລາຍງານເພື່ອມັກກັບຜົນກວດຂອງທ່ານ.

ຄວາມລັບ, ການເກັບຮັກສາຕົວຢ່າງ/ຂໍ້ມູນ, ການໃຊ້ ແລະ ການແບ່ງປັນ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮັບການເກັບຮັກສາຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນຈີໂນມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານຕາມກົດໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ. ແພດທີ່ສັງກວດຂອງທ່ານ, ພະນັກງານ ແລະ ຜູ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ພາກສ່ວນທີສາມຕາມຄໍາຂໍແພດຂອງທ່ານອາດຈະສາມາດເຂົ້າເຖິງຕົວຢ່າງແລະຜົນກວດຂອງທ່ານໄດ້. ບຸກຄະລາກອນຂອງ Caris ແລະ ຄົນອື່ນໆທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ Caris ອາດຈະໄດ້ຮັບຕົວຢ່າງຂອງທ່ານ, ເຮັດການທົດສອບ ຫຼື ເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ ແລະ ຜົນກວດຂອງທ່ານ. Caris ອາດຈັດເກັບ, ໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຕົວຢ່າງຂໍ້ມູນຈີໂນມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານ ທັງພາຍໃນ ແລະ ບຸກຄົນທີ່ສາມາດຕາມກົດໝາຍອະນຸຍາດ ຕາມຈຸດປະສົງໃນການ: ປະຕິບັດຕາມຂໍ້ບັງຄັບ, ຈຸດປະສົງການຂໍເງິນຄືນ, ການຮັບຮອງຄຸນນະພາບທີ່ການປັບປຸງກິດຈະກຳການດຳເນີນງານ, ກວດສອບການສຶກສາວິໄຈ, ການຄືນຄວາ, ການພັດທະນາຜະລິດຕະພັນ ຫຼື ໃນສິ່ງພິມ. Caris ຍັງອາດຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານເພື່ອກຳນົດ ແລະ ຕິດຕໍ່ທ່ານກ່ຽວກັບການທົດລອງທາງດ້ານການຊ່ວຍ ຫຼື ໂອາດການຄືນຄວາອື່ນໆທີ່ອາດຈະມີຄວາມສົນໃຈກັບທ່ານ. ຕົວຢ່າງ ແລະ ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຈະຖືກເກັບຮັກສາໄວ້ຕະຫຼອດໄປ. Caris ຈະທຳການລະບຸຕົວຕົນ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຕົວຢ່າງຂໍ້ມູນຈີໂນມ ແລະ ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ບໍ່ລະບຸຕົວຕົນໃນຂອບເຂດທີ່ກົດໝາຍກຳນົດ. ບຸກຄົນທີ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນຈີໂນມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານ ອາດລວມມີ: ອົງການທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ, ອົງການການຄ້າ ຫຼື ໜ່ວຍງານລັດຖະບານເຊັ່ນ: ນັກຄຸ້ມຄວາໃນສະຖາບັນການສຶກສາ, ມະຫາວິທະຍາໄລ, ໂຮງໝໍ, ຫ້ອງທົດລອງ ແລະ ວິທະຍາສາດຊີວະພາບ, ບໍລິສັດປະກັນໄພ, ບໍລິສັດການຢາ ແລະ ບໍລິສັດອື່ນໆ. ຖ້າກິດຈະກຳເຫຼົ່ານີ້ສົ່ງຜົນໃຫ້ເກີດມີຜະລິດຕະພັນທາງການຄ້າ ຫຼື ໄດ້ຮັບຄ່າຕອບແທບໃດໆ, ລາຍໄດ້ຈະບໍ່ຖືກແບ່ງປັນກັບທ່ານ ຫຼື ຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ເຖິງວ່າຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນຈີໂນມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານກໍຕາມ. ທ່ານສາມາດຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບແນວທາງການຮັກສາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງ Caris, ລວມທັງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີໃຊ້ແລະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ລະບຸຕົວຕົນ, ຂໍ້ມູນທາງຈີໂນມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆ ໃນທາງການຄ້າ ຫຼື ນອກສະຫະລັດ ໂດຍການເຂົ້າໄປທີ່ www.CarisLifeSciences.com/privacy-us.

ການຍິນຍອມຂອງຄົນເຈັບສໍາລັບການສ້າງໂປຣຟາຍໂມເລກຸນ – Minnesota/Wyoming (ໜ້າທີ 2)



ການຍິນຍອມຂອງຄົນເຈັບ

ໂດຍການລົງລາຍເຊັນຢູ່ລຸ່ມນີ້:

ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານແລະເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມນີ້ແລ້ວ, ໄດ້ປຶກສາຄວາມຫນ້າເຊື່ອຖືຂອງຜົນກວດທີ່ເປັນບວກ ຫຼື ເປັນລົບ ລວມທັງລະດັບຄວາມແນ່ນອນວ່າ ຜົນກວດທີ່ເປັນບວກສໍາລັບພະຍາດ ຫຼື ອາການໃດໆຈະເປັນຕົວຊີ້ບອກພະຍາດຫຼືອາການນັ້ນໆ ໄດ້ຫຼືບໍ່ ແລະ ໄດ້ຮັບໂອກາດໃນການຖາມຄໍາຖາມ, ເຊິ່ງໄດ້ຮັບຄໍາຕອບຈົນຂ້າພະເຈົ້າ ພໍໃຈແລ້ວ. ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈໃຫ້ Caris ດໍາເນີນການກວດໂດຍ ແລະ ເກັບກຳ, ໃຊ້, ເກັບຮັກສາ, ບໍາລຸງຮັກສາ ແລະ ການເປີດເຜີຍຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນຈີໂນມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຕາມອະທິບາຍໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້, ລວມທັງຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວກັບໂອກາດການວິໄຈທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ອະນຸຍາດໃຫ້ Caris ຮັບເງິນຄ່າກວດ, ອະນຸຍາດໃຫ້ Caris ດໍາເນີນການໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈ, ການປະຕິເສດ ແລະ/ຫຼື ການອຸທອນໃດໆທີ່ຈໍາເປັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ກັບການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທີ່ Caris ສະໜອງໃຫ້ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າມອບສິດປະໂຫຍດປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ສິ່ງເງິນຄືນທັງໝົດພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ລວມ ທັງ Medicare ແລະ Medicaid) ໃຫ້ກັບ Caris. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ Caris ແລະ ຜູ້ຈ່າຍເງິນພາກສ່ວນທີສາມເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອ ຈຸດປະສົງໃນການແກ້ໄຂການຮຽກຮ້ອງ ແລະ/ຫຼື ການອຸທອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ອາດຈະຕິດຕໍ່ Caris ໄດ້ທຸກເວລາເພື່ອຖອນການຍິນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການເກັບ ກຳຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນພັນທຸກັມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການຖອນຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ມີຜົນກະທົບໃດໆຕໍ່ກັບສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້: (i) ຕົວຢ່າງໃດໆ, ຂໍ້ມູນ ສໍາລັບ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ຖືກເຮັດໃຫ້ບໍ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນ ແລະ ບໍ່ສາມາດຕິດຕາມກັບມາຫາຂ້າພະເຈົ້າໄດ້; (ii) ການໃຊ້ ຫຼື ການແບ່ງປັນຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນກໍາມະພັນ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ໄດ້ເກີດຂຶ້ນແລ້ວ ຫຼື (iii) ໃນຂອບເຂດທີ່ Caris ຕ້ອງເກັບຮັກສາຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນພັນທຸກັມ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆໄວ້ເພື່ອໃຫ້ສອດຄ່ອງກັບກົດໝາຍກຳນົດ. ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມ ແລະ ອະນຸຍາດໃຫ້ Caris (ແລະ ຕົວແທນ, ຜູ້ຮັບເໝົາ ແລະ ບຸກຄົນອື່ນເຮັດໜ້າທີ່ໃນນາມຂອງ Caris) ໂທ ຫຼື ສົ່ງຂໍ້ຄວາມຫາຂ້າພະເຈົ້າໄດ້, ລວມທັງສຽງທີ່ບັນທຶກ ໄວ້ລ່ວງໜ້າ ຫຼື ສຽງທຽມ ຫຼື ໂດຍໃຊ້ລະບົບໂທຫາແບບອັດຕະໂນມັດທຸກປະເພດ ຫຼື ລະບົບອັດຕະໂນມັດອື່ນໆໃນການໂທ ຫຼື ສົ່ງຂໍ້ຄວາມໄປຫາເລກໂທລະສັບໃດໆທີ່ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ແພດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ໄວ້ກັບ Caris. ຖ້າ ຂ້າພະເຈົ້າລົງລາຍເຊັນ ໃນນາມຂອງຄົນເຈັບ, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນຕື່ມອີກວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດຕາມກົດໝາຍໃນການຍິນຍອມໃນນາມຄົນເຈັບ.

ສໍາລັບຂອງລັດມີໂຊຕ້າເທົ່ານັ້ນ: ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການຍິນຍອມຂ້າພະເຈົ້າໃນການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຈີໂນມທີ່ລະບຸຕົວຕົນນັ້ນ ຈະມີອາຍຸໜຶ່ງປີ ຫຼັງຈາກວັນທີລົງລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ລຸ່ມນີ້.

ສໍາລັບຄົນເຈັບຂອງລັດໄວໂອນິງເທົ່ານັ້ນ: ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທີ່ຈະກວດສອບ, ແກ້ໄຂ ແລະ ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນພັນທຸກໍາຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຮ້ອງຂໍການທໍາລາຍຂໍ້ມູນພັນທຸ ກໍາຂອງຂ້າພະເຈົ້າພາຍໃຕ້ສະຖານະການບາງຢ່າງໂດຍສອດຄ່ອງກັບກົດໝາຍຂອງລັດໄວໂອນິງ § 35-32-103. ຕົວຢ່າງ: Caris ອາດຈະປະຕິເສດຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອທໍາລາຍ ຂໍ້ມູນທາງກໍາມະພັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຖ້າການເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນມີຄວາມຈໍາເປັນສໍາລັບຈຸດປະສົງໜຶ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນການຍິນຍອມຂອງຄົນເຈັບນີ້ສໍາລັບການສ້າງ ຂໍ້ມູນໂມເລກຸນ.

ຊື່ຄົນເຈັບ (ຊື່ແຈ້ງ): _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ ວັນທີ: _____

ຄົນເຈັບ ຫຼື ຜູ້ມີອໍານາດລົງລາຍເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____