

조사를 위한 개인 건강 정보 사용 또는 공개 승인  
(간단서식 동의서와 함께 사용)

이름: \_\_\_\_\_ 주제 번호 또는 생년월일: \_\_\_\_\_

본인은 예일대학교가 아래 명시된 연구 조사 참여 목적으로 본인의 개인 건강 정보를 사용 또는 공개하도록 승인합니다 (연구 직원이 작성 완료 예정):

연구 제목: \_\_\_\_\_

HIC/HSC 계획서 #: \_\_\_\_\_ 연구 PI: \_\_\_\_\_

정보 공개 기간은 \_\_\_\_\_ 부터 \_\_\_\_\_ 까지입니다:

- |                                     |                                    |  |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 조사 기록      | <input type="checkbox"/> X-레이 보고서  | <input type="checkbox"/> 다음과 관련된 메모 및 실험 결과: _____ |
| <input type="checkbox"/> 병력 및 신체 검사 | <input type="checkbox"/> 상담 보고서/메모 | <input type="checkbox"/> 기타/의견: _____              |
| <input type="checkbox"/> 예방 접종      | <input type="checkbox"/> 처방 정보     |  |
| <input type="checkbox"/> 연구실 보고서    |                                    |  |

본인은 본 건강 정보에 민감한 정보가 포함될 수 있다는 점을 알고 있습니다. 이 서류에 서명함으로써 본인은 구체적으로 다음과 관련된 정보 공개를 승인합니다:

- 약물 남용 치료 정보
- AIDS 관련 검사를 포함하는 HIV 관련 정보
- 정신 건강 정보

코네티컷주 일반법 899장과 더불어 미국 법전 제 42편에 의하면 이 기록은 기밀로 유지되어야 합니다. 본 자료는 서면 동의 또는 이러한 법령에 따른 승인이 없는 경우 누구에게도 전달될 수 없습니다.

**서명** \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

다음의 경우 기록을 사용하거나 공개할 수 있습니다:

- 미국 보건복지부 (DHHS) 기관들
- 예일대학교 대표, 예일의 인적자료보호프로그램 (Human Research Protection Program) 및 예일을 대신해 심의하는 외부 기관심의위원회 (Institutional Review Boards) 그리고 연구 및 재정 감독을 담당하는 기관
- 전자의무기록 (EMR) 시스템 참여자인 제공 기관들
- 주조사원 및 조사팀
- 미국 식품의약국 (FDA)
- 연구 후원자 또는 연구하는 약품/ 장비 제조업자
- 다른 국가의 의약품 규제 기관
- 본 연구와 관련되어 귀하에게 서비스를 제공하는 의료진.
- 본 연구와 관련되어 연구 계획에 따라 귀하의 건강 정보를 분석하는 실험실 및 기타 개인 및 단체.
- 데이터 안전검토이사회/위원회 및 연구 실행을 검토할 권한이 있는 기타 단체
- 기타 다음의 경우:

1. 본인은 본 승인이 \_\_\_\_\_년/기한없음 후에 만료가 된다는 점을 알고 있습니다. 본 서류의 사본은 원본과 동일한 효력을 지니는 것으로 간주됩니다.
2. 본인은 이 승인을 언제든지 연구 주조사원 또는 연구팀에게 알려 취소할 수 있다는 점을 알고 있으며 이미 행동을 취한 범위까지를 제외하고는 취소 결정을 통지한 날부터 승인의 효력은 중단됩니다. 본인은 또한 취소 결정을 다음에 보낼 수 있습니다: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. 본인은 본 승인에 의해 사용 또는 공개된 정보는 관련 내용을 받은 자에 의해 재공개될 수 있으며 연방정부의 사생활 규정에 따라 더이상 보호받지 못함을 알고 있습니다. 그러나, 기타 주 또는 연방법은 정보를 받은 자가 약물 남용 치료 정보, HIV/AIDS 관련 정보 및 정신/심리 건강 정보와 같은 특별히 보호되는 정보의 공개를 금지할 수 있습니다.
4. 본인이 이 서류에 서명하지 않는 경우 본인의 의료진 및 의료 서비스에 대한 비용은 영향을 받지 않습니다.
5. 본인은 본 승인에 서명하기를 거절하는 것이 정보 공개가 치료를 위해 필수인 경우를 제외하고 현재 또는 미래에 정신과적 장애에 대한 치료를 받을 권리를 저해하지 않음을 알고 있습니다.
6. 본인은 서명 후 본 서류의 사본을 받는다는 점을 알고 있습니다.

아래 서명함으로써 본인은 이 승인을 읽고 이해했음을 인정합니다.

\_\_\_\_\_ 또는 \_\_\_\_\_

환자 서명    부모/법적 대리인/승인 받은 사람  
날짜

\_\_\_\_\_

환자와의 관계