用于研究目的之受保护健康信息的使用或透露授权书
（与短同意书并用）

姓名：_____受试者编号或出生日期：_____

本人兹授权耶鲁大学使用或透露本人的受保护健康信息（如下所列），以供参与研究之用（由研究人员填写）：

研究题目：_____

HIC/HSC 计划书编号：_____研究 PI：_____

公开信息时间自 _____**至** _____**：**

- ❑ 研究记录
- ❑ 病史和身体检查
- ❑ 疫苗注射
- ❑ 化验报告
- ❑ X 光报告
- ❑ 咨询报告 / 记录
- ❑ 处方信息
- ❑ 相关记录和检验结果：_____
- ❑ 其他 / 备注：_____

我了解，此健康信息可能包含敏感信息。一旦签署本表，即表示本人特此授权公开与下列项目相关的信息：

- ❑ 药物滥用治疗信息
- ❑ HIV 相关信息，包括艾滋病相关检验。
- ❑ 心理健康信息

根据 Connecticut 普通法第 899 章和美国法规第 42 编规定，本记录必须加以保密。未经书面同意或按照上述法规获得授权，本资料不得传送给任何人。

签名 _____
日期：_____

记录可供下列人士或机构使用或向其透露：

- ☐ 美国健康与人类服务部（DHHS）机构
- ☐ 耶鲁大学代表、耶鲁人类研究保护项目、任何代表耶鲁审查的外部机构审查委员会，以及研究和财务监督负责人
- ☐ 参与电子医疗记录（EMR）系统的医疗服务提供者
- ☐ 主调查员和研究团队
- ☐ 美国食品药品管理局（FDA）
- ☐ 研究赞助者或研究药品 / 器材制造商
- ☐ 其他国家的药品监管机构
- ☐ 配合本研究而为您提供服务的健康护理提供者
- ☐ 按照研究计划，配合本研究分析您健康信息的化验室及其他个人和组织
- ☐ 数据和安全监测理事会 / 委员会，及其他获得授权以监测研究进行的人士
- ☐ 其他注明者：_____

1. 本人了解，本授权将于 ___年后 / 永不失效。本表影本视为与正本同样有效。
2. 本人了解，本人随时可撤销本授权，只要通知研究主调查员或研究团队，本授权即于通知日期失效，但已根据本授权采取之行动不在此限。本人也可将撤销要求寄至：HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. 本人了解，根据本授权所使用或透露的信息可能会由接受者再次透露，不再受到联邦隐私法规保护。但是，其他州或联邦法律可能禁止接受者透露特定受保护信息，例如药物滥用治疗信息、艾滋病相关信息，以及精神 / 心理健康信息。
4. 如果本人不签署本表，本人的健康护理和健康护理付款将不受影响。
5. 本人了解，如果本人拒绝签署本授权书，将不危害本人现在或日后取得精神疾病治疗的权利，除非信息的透露为治疗所需。
6. 本人了解，签署本表后，本人将取得一份复本。

本人在下方签名，即确认本人已阅读并了解本授权书内容。

_____ 或 _____ _____

病患签名 **父母 / 法定监护人 / 授权代表** 日期

_____
与病患关系

Revision date: 8/2019