

Άδεια για τη χρήση ή αποκάλυψη των προστατευόμενων πληροφοριών υγείας για την Έρευνα
(Για χρήση με το Σύντομο Έντυπο Έγκρισης)

Όνομα: _____ Αριθμός Ασφαλιζόμενου ή Ημερομηνία Γέννησης: _____

Εξουσιοδοτώ το Yale University να χρησιμοποιήσει ή να αποκαλύψει προστατευόμενες πληροφορίες για την υγεία μου, όπως αναφέρεται παρακάτω για τον σκοπό της συμμετοχής σε μια ερευνητική μελέτη (συμπληρώνεται από το προσωπικό της μελέτης):

Τίτλος Μελέτης: _____

Πρωτόκολλο HIC/HSC #: _____ Μελέτη PI: _____

Οι πληροφορίες γίνονται διαθέσιμες για το χρονικό διάστημα μεταξύ _____ και _____:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Καταχώρηση Έρευνας | <input type="checkbox"/> Ραδιολογική Έκθεση | <input type="checkbox"/> Σημειώσεις και αποτελέσματα εξετάσεων που σχετίζονται με: |
| <input type="checkbox"/> Ιστορικό και φυσική εξέταση | <input type="checkbox"/> Έκθεση / σημειώσεις Διαβούλευσης | _____ |
| <input type="checkbox"/> Εμβολιασμοί | <input type="checkbox"/> Πληροφορίες συνταγογραφημένων | <input type="checkbox"/> Άλλα / Σχόλια: _____ |
| <input type="checkbox"/> Εργαστηριακή Έκθεση | φαρμάκων | _____ |

Κατανοώ ότι οι παρούσες πληροφορίες υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν ευαίσθητες πληροφορίες. Με την υπογραφή μου επιτρέπω ρητά τη διάδοση των πληροφοριών που αφορούν:

- Πληροφορίες για τη θεραπεία κατάχρησης ουσιών
- Πληροφορίες που σχετίζονται με HIV, συμπεριλαμβανομένων των εξετάσεων που σχετίζονται με το AIDS
- Πληροφορίες Ψυχικής Υγείας

Η εμπιστευτικότητα του εν λόγω αρχείου απαιτείται βάσει του Γενικού καταστατικού του Κονέκτικατ, Κεφάλαιο 899 καθώς και του Τίτλου 42 του Νομικού Κώδικα των Ηνωμένων Πολιτειών. Το υλικό αυτό δεν πρέπει να μεταδίδεται σε κανέναν χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση ή άδεια, όπως προβλέπεται στην παρούσα νομοθεσία.

Υπογραφή _____

Ημερομηνία: _____

Τα αρχεία μπορεί να χρησιμοποιηθούν από και αποκαλύπτονται σε οποιοδήποτε από τα ακόλουθα:

- Τους οργανισμούς του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών (DHHS) των Η.Π.Α.
- Εκπρόσωπους από το Πανεπιστήμιο Yale, το Πρόγραμμα Προστασίας Ανθρώπινου Ερευνητικού του Πανεπιστημίου Yale, οποιεσδήποτε εξωτερικές Ιδρυματικές Επιτροπές Αξιολόγησης που διενεργούν αξιολογήσεις για λογαριασμό του Πανεπιστημίου Yale και τους υπεύθυνους για την έρευνα και την οικονομική εποπτεία
- Αυτούς τους πάροχους υπηρεσιών που συμμετέχουν στο σύστημα Ηλεκτρονικών Ιατρικών Αρχείων (EMR)
- Τον κύριο ερευνητή και την ερευνητική ομάδα
- Την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA)
- Τον ανάδοχο της μελέτης ή τον παρασκευαστή / κατασκευαστή του φαρμάκου / συσκευής της μελέτης
- Ρυθμιστικούς οργανισμούς φαρμάκων σε άλλες χώρες
- Παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν υπηρεσίες σε εσάς στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης.
- Εργαστήρια και άλλα άτομα και οργανώσεις που αναλύουν πληροφορίες για την υγεία σας σε σχέση με αυτή τη μελέτη, σύμφωνα με το σχέδιο της μελέτης.
- Συμβούλια / Επιτροπές Παρακολούθησης Δεδομένων και Ασφάλειας και άλλους εξουσιοδοτημένους να ελέγχουν τη διεξαγωγή της μελέτης
- Άλλους όπως σημειώνεται: _____

1. Αντιλαμβάνομαι ότι η εν λόγω εξουσιοδότηση θα λήξει μετά από _____ **χρόνια** / ποτέ. Μια φωτοτυπία του παρόντος εντύπου θα πρέπει να θεωρείται έγκυρο, όσο και το πρωτότυπο.
2. Κατανοώ ότι έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα εξουσιοδότηση ανά πάσα στιγμή με κοινοποίηση προς τον Κύριο Ερευνητή της μελέτης ή την ερευνητική ομάδα και η εξουσιοδότηση αυτή θα παύσει να είναι σε ισχύ κατά την ημερομηνία της κοινοποίησης εκτός από το βαθμό δράσης έχει ήδη ληφθεί στην επίκληση του. Θα μπορώ επίσης να στείλω την ανάκληση σε: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208252, New Haven, CT 06520-8252
3. Κατανοώ ότι οι πληροφορίες που χρησιμοποιούνται ή γνωστοποιούνται σύμφωνα με την παρούσα εξουσιοδότηση μπορεί να υπόκεινται σε εκ νέου αποκάλυψη από τον παραλήπτη και δεν προστατεύονται πλέον από τους Ομοσπονδιακούς κανονισμούς προστασίας προσωπικών δεδομένων. Ωστόσο, άλλοι πολιτειακοί ή ομοσπονδιακοί νόμοι ενδέχεται να απαγορεύουν από τον παραλήπτη να αποκαλύπτει ειδικά προστατευόμενες πληροφορίες, όπως πληροφορίες για τη θεραπεία κατάχρησης ουσιών, πληροφορίες που σχετίζονται με το HIV / AIDS, και ψυχιατρικές πληροφορίες / πληροφορίες ψυχικής υγείας.
4. Η φροντίδα υγείας μου και την πληρωμή για την υγειονομική μου περίθαλψη δεν θα επηρεαστούν αν δεν υπογράψω το παρόν έντυπο.
5. Κατανοώ ότι η άρνησή μου να υπογράψω την παρούσα εξουσιοδότηση δεν θα θέσει σε κίνδυνο το δικαίωμά μου να λάβω την παρούσα ή μελλοντική θεραπεία για ψυχιατρική αναπηρία, εκτός εάν η δημοσιοποίηση των πληροφοριών είναι απαραίτητη για τη θεραπεία.

Ημερομηνία αναθεώρησης: Απρίλιος 2015

6. Καταλαβαίνω ότι θα λάβω ένα αντίγραφο αυτού του εντύπου αφού το υπογράψω.

Με την υπογραφή μου παρακάτω, αναγνωρίζω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει την παρούσα Εξουσιοδότηση.

_____ Ή _____
Υπογραφή του Ασθενούς **Γονέας / Νόμιμος κηδεμόνας / Εξουσιοδοτημένο Πρόσωπο** Ημερομηνία

Συγγένεια με τον ασθενή