

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 _____:

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 研究记录 | <input type="checkbox"/> X 光报告 | <input type="checkbox"/> 相关记录和检验结果: |
| <input type="checkbox"/> 病史和身体检查 | <input type="checkbox"/> 咨询报告 / 记录 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 疫苗注射 | <input type="checkbox"/> 处方信息 | <input type="checkbox"/> 其他 / 备注: |
| <input type="checkbox"/> 化验报告 | | _____ |

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
- 美国食品药品监督管理局 (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 208252, New Haven, CT 06520-8252
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, 本人将取得一份副本。

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 _____ 日期

病患签名 _____ **父母 / 法定监护人 / 授权代表**

与病患关系