

การอนุญาตให้ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการคุ้มครอง เพื่อการวิจัย
(สำหรับใช้กับแบบฟอร์มแสดงความยินยอมฉบับย่อ)

ชื่อ: _____ หมายเลขประจำตัวหรือวันเดือนปีเกิดของอาสาสมัคร: _____

ฉัน ข้าพเจ้าอนุญาตให้ Yale University ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการคุ้มครองของข้าพเจ้า
ตามที่ได้ระบุไว้ด้านล่างนี้ เพื่อจุดมุ่งหมายในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย (กรอกโดยเจ้าหน้าที่วิจัย):

ชื่อการศึกษา: _____

โครงการวิจัย HIC/HSC เลขที่: _____ ผู้วิจัยหลัก: _____

ข้อมูลที่จะเปิดเผยสำหรับระยะเวลาตั้งแต่ _____ ถึง _____ :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> บันทึกการวิจัย | <input type="checkbox"/> ผลเอ็กซเรย์ | <input type="checkbox"/> บันทึกและผลการทดสอบที่เกี่ยวข้องกับ: |
| <input type="checkbox"/> ประวัติและการตรวจร่างกาย | <input type="checkbox"/> รายงาน/บันทึกการให้คำปรึกษา | _____ |
| <input type="checkbox"/> การฉีดวัคซีน | <input type="checkbox"/> ข้อมูลการจ่ายยา | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ/ข้อคิดเห็น: |
| <input type="checkbox"/> ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ | | _____ |

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลสุขภาพนี้อาจรวมถึงข้อมูลที่ละเอียดอ่อนด้วย การลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้หมายความว่า
ข้าพเจ้าอนุญาตโดยเฉพาะเจาะจงให้เปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ:

- ข้อมูลการบำบัดการติดเชื้อเสียด
- ข้อมูลเกี่ยวกับเอชไอวี รวมถึงการทดสอบที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์
- ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิต

บทที่ 899 ของกฎหมายทั่วไปของรัฐคอนเนคติกัต
และหัวข้อที่ 42 ของประมวลกฎหมายของสหรัฐอเมริกา
กำหนดว่าต้องเก็บรักษาบันทึกนี้ไว้เป็นความลับ
ต้องไม่ส่งข้อมูลนี้ให้แก่บุคคลใดก็ตาม
โดยไม่ได้รับความยินยอมหรือการอนุญาตเป็นลายลักษณ์
อักษรก่อน ดังที่ได้ระบุไว้ในกฎหมายเหล่านี้

ลายมือชื่อ
วันที่:

บุคคลต่อไปนี้สามารถใช้และเปิดเผยบันทึกต่าง ๆ ได้:

- หน่วยงานต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา (DHHS)
- ผู้แทนจาก Yale University, Yale Human Research Protection Program, คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของภายนอก ซึ่งทำการตรวจสอบในฐานะตัวแทนของ Yale และผู้ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการวิจัยและการกำกับดูแลด้านการเงิน
- ผู้จัดการที่เป็นผู้เข้าร่วมในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR)
- ผู้วิจัยหลักและทีมวิจัย
- สำนักงานอาหารและยาของสหรัฐฯ (FDA)
- ผู้อุปถัมภ์การศึกษาหรือผู้ผลิตยาวิจัย
- หน่วยงานกำกับดูแลเกี่ยวกับยาในประเทศอื่น ๆ
- สถานพยาบาลที่ให้บริการแก่คุณเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยนี้
- ห้องปฏิบัติการและบุคคลหรือองค์กรอื่น ๆ ที่วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของคุณเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ตามแผนการศึกษาวิจัย
- คณะ/คณะกรรมการตรวจสอบข้อมูลและความปลอดภัย และบุคคลอื่นที่มีอำนาจในการตรวจสอบการดำเนินการศึกษาวิจัยนี้
- บุคคลอื่นตามที่ได้ระบุไว้:

1. ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการอนุญาตนี้จะหมดอายุลงหลังจาก **ปี**/ไม่มีวันหมดอายุ
จะถือว่าสำเนาของแบบฟอร์มนี้ใช้ได้เหมือนกับต้นฉบับจริง
2. ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าสามารถเพิกถอนการอนุญาตนี้ได้ทุกเมื่อ โดยการแจ้งให้ผู้วิจัยหลักหรือทีมวิจัยของการศึกษานี้ทราบ และการอนุญาตนี้จะยุติลง
โดยมีผลตั้งแต่วันที่แจ้ง ยกเว้นว่าจะได้ดำเนินการที่อาศัยการอนุญาตนี้ไปแล้ว ข้าพเจ้ายังสามารถส่งคำเพิกถอนการอนุญาตถึง: HIPAA Privacy Officer, Yale
University, PO Box 208252, New Haven, CT 06520-8252
3. ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้อมูลที่ถูกใช้หรือเปิดเผยตามการอนุญาตนี้ อาจถูกเปิดเผยอีกครั้งโดยผู้รับข้อมูล
และอาจไม่ได้รับการคุ้มครองอีกต่อไปโดยข้อบังคับของรัฐบาลกลางว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล อย่างไรก็ตาม
กฎหมายอื่นของรัฐหรือรัฐบาลกลางอาจห้ามไม่ให้ผู้รับเปิดเผยข้อมูลที่ได้รับการคุ้มครองโดยเฉพาะเจาะจง เช่น ข้อมูลการบำบัดการติดเชื้อเสียด
ข้อมูลเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต/สุขภาพจิต
4. การที่ข้าพเจ้าไม่ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ จะไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลและการจ่ายค่าบริการพยาบาลของข้าพเจ้า
5. ข้าพเจ้าเข้าใจว่า การที่ข้าพเจ้าปฏิเสธที่จะลงลายมือชื่อในเอกสารการอนุญาตฉบับนี้
จะไม่มีผลต่อสิทธิของข้าพเจ้าในการรับการบำบัดภาวะทุพพลภาพทางจิตในปัจจุบันหรืออนาคต
ยกเว้นในกรณีที่มีการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการบำบัด
6. ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าจะได้รับสำเนาของแบบฟอร์มนี้ หลังจากข้าพเจ้าลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้

การลงลายมือชื่อด้านล่างนี้หมายความว่า ข้าพเจ้ายอมรับว่าได้อ่านและเข้าใจเอกสารการอนุญาตฉบับนี้แล้ว

ลายมือชื่อของผู้ป่วย _____ หรือ _____ วันที่ _____
บิดาหรือมารดา/ผู้ปกครอง/บุคคลที่ได้รับอนุญาต

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย