Autorizzazione per l'uso o divulgazione di informazioni sanitarie protette per la ricerca
(Per uso con consenso in forma breve)

Nome: _____Numero oggetto o data di nascita: _____

Con la presente autorizzo l'Università di Yale ad utilizzare o divulgare le mie informazioni sanitarie protette come indicato di seguito ai fini della partecipazione ad uno studio di ricerca (da compilare a cura del personale dello studio)**:**

Titolo di studio: _____

Protocollo HIC/HSC #: _____ Ricercatore Principale dello studio: _____

Informazioni da rilasciare per un periodo di tempo da_____ a _____:

- ❑ Documento di ricerca
- ❑ Storia ed esame fisico
- ❑ Vaccinazioni
- ❑ Relazione di laboratorio
- ❑ Referto radiografico
- ❑ Relazione/note della consultazione
- ❑ Informazioni sulla prescrizione
- ❑ Note e risultati di testi su: ____ _____
- ❑ Altro/Commenti:_____ _____

Comprendo che queste informazioni sanitarie possono includere dati sensibili. Firmando questo modulo autorizzo in particolare il rilascio di informazioni relative a:

- ❑ Informazioni sul trattamento per abuso di sostanze
- ❑ Informazioni relative all'HIV, inclusi test sull'AIDS
- ❑ Informazioni sulla salute mentale

Firma _____
Data: _____

La riservatezza di questo documento è richiesta ai sensi del Capitolo 899 degli Statuti Generali del Connecticut nonché del Titolo 42 del codice degli Stati Uniti. Il presente materiale non deve essere trasmesso a nessuno senza consenso o autorizzazione scritti come previsto da tali statuti.

I documenti possono essere utilizzati e divulgati per qualsiasi delle seguenti:

- ☐ Enti del Dipartimento della sanità e servizi sociali (DHHS) degli Stati Uniti
- ☐ Rappresentanti dell'Università di Yale, il Programma di Protezione della ricerca umana di Yale, qualsiasi comitato di revisione istituzionale esterna per conto di Yale e i responsabili della supervisione finanziaria e di ricerca
- ☐ Gli operatori che contribuiscono al sistema di Cartelle Mediche Elettroniche (EMR)
- ☐ Il ricercatore principale e il gruppo di ricerca
- ☐ La Food and Drug Administration (FDA) degli Stati Uniti
- ☐ Il finanziatore dello studio o produttore del farmaco/macchinario studiato
- ☐ Enti di regolamentazione dei farmaci in altri paesi
- ☐ Operatori sanitari che forniscono servizi a te in relazione a questo studio.
- ☐ Laboratori e altri individui e organizzazioni che analizzano le informazioni sanitarie legate a questo studio, secondo il piano di studio.
- ☐ Comitati di controllo di dati e sicurezza e altri autorizzati a monitorare la gestione dello studio
- ☐ Altro, come indicato:_____

1. Riconosco che quest'autorizzazione scadrà tra_____anni/mai. Una fotocopia di questo modulo sarà considerata valida quanto l'originale.
2. Riconosco di poter revocare quest'autorizzazione in qualsiasi momento informando il Ricercatore Principale dello studio o il gruppo di ricerca e quest'autorizzazione perderà efficacia nella data notificata tranne che per le azioni conseguenti già intraprese. Posso inoltre inviare la revoca a: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. Accetto che le informazioni usate o divulgate ai sensi di quest'autorizzazione possono essere oggetto di nuova divulgazione da parte dei riceventi e non essere più protette dalle norme federali sulla privacy. Tuttavia, altre leggi statali o federali possono proibire che il ricevente divulghi informazioni specificatamente protette, come quelle riguardanti il trattamento per abuso di sostanze, HIV/AIDS, e la salute psichiatrica/mentale.
4. Le mie cure sanitarie e il pagamento per la mia salute non subiranno conseguenze se non firmo questo modulo.
5. Riconosco che il mio rifiuto a firmare quest'Autorizzazione non metterà a rischio il mio diritto di ottenere nel presente o in futuro cure per disabilità psichiatriche, tranne che nel caso in cui la divulgazione di informazioni sia necessaria per tali cure.
6. Riconosco che riceverò una copia del presente modulo dopo averlo firmato.

Con la seguente firma, riconosco di aver letto e compreso la presente autorizzazione.

_____ O _____ _____
Firma del paziente **Genitore/Tutore legale/Persona autorizzata** Data

_____
Relazione con il paziente