

**Autorização para Uso ou Divulgação de Informação Confidencial sobre a Saúde**  
(Para Uso com Formulário de Consentimento Resumido)

Nome: \_\_\_\_\_ Número do Participante ou Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

**Autorizo a Universidade de Yale a usar ou divulgar minhas informações protegidas de saúde como indicado a seguir, para efeitos de participação em um estudo de pesquisa { } ut2 (a ser preenchido pela equipe do estudo):**

Título do Pesquisa: \_\_\_\_\_

No. do Protocolo HIC/HSC: \_\_\_\_\_ PI do Estudo: \_\_\_\_\_

**Informação será divulgada por um período de tempo de \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Relatório da pesquisa    | <input type="checkbox"/> Relatório da consulta/observações | <input type="checkbox"/> Outro/Comentários: _____ |
| <input type="checkbox"/> Histórico e exame físico | <input type="checkbox"/> Informação sobre medicamentos     | _____   |
| <input type="checkbox"/> Imunizações              | <input type="checkbox"/> Observações e exames médicos      |   |
| <input type="checkbox"/> Relatório laboratorial   | relacionados a: _____                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Relatório do raio-X      | _____  |   |

**Eu compreendo que estas informações de saúde podem incluir informações sensíveis. Ao assinar este formulário autorizo especificamente a divulgação de informações relativas a:**

Data: \_\_\_\_\_

- Informação sobre tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas
- Informação relacionada ao HIV/AIDS, incluído testes relacionados a AIDS.
- Informação sobre Saúde Mental

A confidencialidade deste registro é exigido nos termos do Capítulo 899 dos Estatutos Gerais de Connecticut, bem como no Título 42 do Código dos Estados Unidos. Este material não deve ser emitido a ninguém sem consentimento ou autorização por escrito conforme estabelecido nestes estatutos.

**Assinatura** \_\_\_\_\_

**Os registros podem ser usados por e divulgados a qualquer dos seguintes órgãos ou pessoas:**

- Agências do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (DHHS) dos EUA
- Representantes da Universidade de Yale, o Programa de Proteção de Pesquisa Humana da Yale e quaisquer Comitês de Ética em Pesquisas externos avaliando em nome de Yale e os responsáveis pela investigação e supervisão financeira
- Aqueles provedores que participam do sistema de prontuários médicos (EMR)
- O Investigador Principal e equipe de pesquisa
- Administração de Alimentos e Medicamentos (FDA)
- O patrocinador da pesquisa ou fabricante do medicamento ou equipamento da pesquisa
- Agências reguladoras de medicamentos em outros países
- Os profissionais de saúde que prestam serviços a você associados a este estudo.
- Laboratórios e outros indivíduos e organizações que analisam suas informações de saúde associados a este estudo, de acordo com o plano do estudo.
- Dados e Conselho de Monitoração de Segurança/Comitês e outros autorizados a monitorar como o Estudo está sendo conduzido
- Outros também como: \_\_\_\_\_

1. Eu compreendo que esta autorização irá expirar após   anos/nunca. Uma cópia deste formulário será considerada válida como o original.
2. Eu compreendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento, notificando o Investigador Principal ou a equipe do investigador e que esta autorização deixará de vigorar na data notificada, exceto na medida em que tal ação já tenha sido executada. Também posso enviar a revogação para: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. Eu compreendo que as informações usadas ou divulgadas nos termos da presente autorização podem estar sujeitas a serem divulgadas novamente pelo destinatário e não mais serem protegidas por regulamentos federais de privacidade. No entanto, outra lei estadual ou federal pode proibir o destinatário de divulgar informações especialmente protegidas, tais como informação sobre tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas, informações relacionadas ao HIV/AIDS, e informações de saúde psiquiátrica/mental.
4. Meu tratamento de saúde e pagamento para meu tratamento de saúde não serão afetados se eu não assinar este formulário.
5. Eu compreendo que a minha recusa a assinar esta Autorização não virá comprometer meu direito de obter tratamento presente ou futuro para deficiências psiquiátricas, exceto quando seja necessário a divulgação das informações para o tratamento.
6. Eu compreendo que receberei um cópia deste formulário uma vez que eu assiná-lo.

**Ao assinar abaixo, reconheço que li e compreendi esta Autorização .**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do/a Paciente**

OU

\_\_\_\_\_  
**Pai(s)/Responsável Legal/Pessoa Autorizada**

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Relação com o/a Paciente