

Pahintulot sa Paggamit o Paghahayag ng Protektadong Impormasyon ng Kalusugan para sa Pananaliksik
(Para sa Paggamit ng Short Form Consent)

Pangalan: _____ Subject Number o Araw ng Kapanganakan: _____

Pinahihintulutan ko ang Unibersidad ng Yale para gamitin o ihayag ang aking protektadong impormasyon ng kalusugan gaya ng nakasaad sa ibaba para sa kadahilanang maisali sa pananaliksik (isulat ng study staff):

Pamagat ng Pag-aaral: _____

HIC/HSC Protocol #: _____ Study PI: _____

Ang impormasyong ilalabas sa loob ng panahon mula _____ hanggang _____:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rekord ng pananaliksik | <input type="checkbox"/> X-ray | <input type="checkbox"/> Tala at resulta ng pagsuri na may kinalaman sa: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kasaysayan at pisikal na pagsusuri | <input type="checkbox"/> Konsultation/tala | |
| <input type="checkbox"/> Mga bakuna | <input type="checkbox"/> Impormasyon ng Preskripsyon | <input type="checkbox"/> Iba pa/Mga Komento: _____ |
| <input type="checkbox"/> Laboratoryo | | |

Naiintindihan ko na ang impormasyon ng aking kalusugan ay maaaring maglaman ng sensitibong impormasyon. Sa pamamagitan ng pagpirma sa form na ito, ako ay naghahintulot na mailabas ang impormasyon ukol sa:

- Impormasyon sa paggamot sa paggamit ng bawal na gamot.
- Impormasyon na may kinalaman sa HIV, kabilang ang pagsusuri ng AIDS
- Impormasyon sa kalusugang pangmentalidad

Ang pagiging kumpidensiyal ng rekord na ito ay kailangan sa ilalim ng Chapter 899 ng Connecticut General Statutes at Title 42 ng code ng Estados Unidos. Ang materyal na ito ay hindi maaaring maibigay sa iba ng walang pahintulot na kasulatan gaya ng nakasaad sa batas.

Pirma: _____

Petsa: _____

Ang mga record ay maaaring gamitin ng ihayag sa alinman sa mga sumusunod:

- Ang U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) agencies
- Mga kinatawan mula sa Unibersidad ng Yale, ang Yale Human Research Protection Program anumang panglabas na Institutional Review Boards na nagsusuri sa ngalan ng Yale at sa mga responsable sa saliksikat nangangasiwang pinansiyal
- Mga doktor na bahagi ng Electronic Medical Record (EMR) system
- Ang Principal Investigator at research team
- Ang U.S. Food and Drug Administration (FDA)
- Ang study sponsor o gumagawa ng inaaral na gamot/device
- Mga regulatory agencies sa ibang bansa
- Mga health care providers na nagbibigay ng serbisyo sa iyo na may kaugnayan sa pag-aaral.
- Laboratoryo at iba pang indibidwal o organisasyon na nagsusuri ng iyong impormasyon sa kalusugan na may kinalaman sa pag-aaral, naaayon sa study plan.
- Ang mga Data and Safety Monitoring Boards/Committees at iba pang awtorisado na sumusubaybay sa pagsasagawa ng pag-aaral
- Iba pa: _____

1. Naiintindihan kong ang pahintulot na ito ay magexpire pagkalipas ng _____ taon/di kailanman. Ang kopya ng form na ito ay ibibilang na tunay gaya ng orihinal.
2. Naiintindihan ko na maaari kong bawiin ang pahintulot na ito sa anumang oras sa pamamagitan ng pagpapaalam sa study Principal Investigator o research team at ang pahintulot na ito ay hindi na epektibo sa petsa kung kelan naipaalam maliban na lang kung ang gawain ay nangyari na base rito. Maaari ko ring bawiin ito sa: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. Naiintindihan kong ang impormasyon na ginamit o naihayag alinsunod sa pahintulot na ito ay maaaring maihayag ulit ng recipient at hindi na protektado ng Federal privacy regulations. Ngunit, iba pang state o federal na batas ay maaaring ipagbawal ang recipient na ihayag ang mga protektadong impormasyon, gaya ng impormasyon sa paggamot sa paggamit ng bawal na gamot, impormasyon na may kinalaman sa HIV/AIDS, at impormasyon sa kalusugan ng psychiatric/mental.
4. Ang aking health care at kabayaran para sa aking health care ay hindi maapektuhan kung hindi ko pinirmahan ang form na ito.
5. Naiintindihan ko na ang pagtanggap ko sa pagpirma ng pahintulot na ito ay hindi mamimiligro ang karapatan ko para makakuha ng gamutan sa kasalukuyan o hinaharap para sa psychiatric disabilities maliban kung saan ang paghayag ng impormasyon ay kailangan para sa gamutan.
6. Naiintindihan kong makakakuha ako ng kopya ng form na ito pagkatapos ko itong pirmahan.

Sa pamamagitan ng pagpirma sa ibaba, tinatanggap kong nabasa ko at naintindihan ang Pahintulot na ito.

Pirma ng Pasyente

Magulang/Legal na Taga-bantay/Awtorisadong Tao

Petsa

Relasyon sa Pasyente