

การอนุญาตให้ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการคุ้มครอง เพื่อการวิจัย  
(สำหรับใช้กับแบบฟอร์มแสดงความยินยอมฉบับย่อ)

ชื่อ: \_\_\_\_\_ หมายเลขประจำตัวหรือวันเดือนปีเกิดของอาสาสมัคร: \_\_\_\_\_

ณ ที่นี้ 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 ข้าพเจ้าอนุญาตโดยเฉพาะเจาะจงให้เปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้อง:

- ข้อมูลการบำบัดการติดยาเสพติด
- ข้อมูลเกี่ยวกับเอชไอวี รวมถึงการทดสอบที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์
- ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิต

บทที่ 899 ของกฎหมายทั่วไปของรัฐคอนเนคติกัต และหัวข้อที่ 42 ของประมวลกฎหมายของสหรัฐอเมริกา กำหนดว่าต้องเก็บรักษาบันทึกนี้ไว้เป็นความลับ ต้องไม่ส่งข้อมูลนี้ให้แก่บุคคลใดก็ตาม โดยไม่ได้รับความยินยอมหรือการอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรก่อน 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
- สำนักงานอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (FDA)
- ผู้อุปถัมภ์การศึกษาหรือผู้ผลิตยาวิจัย
- หน่วยงานกำกับดูแลเกี่ยวกับยาในประเทศอื่น ๆ
- สถานพยาบาลที่ให้บริการแก่คุณเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยนี้
- ห้องปฏิบัติการและบุคคลหรือองค์กรอื่น ๆ ที่วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของคุณเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ตามแผนการศึกษาวิจัย
- คณะ/คณะกรรมการตรวจสอบข้อมูลและความปลอดภัย และบุคคลอื่นที่มีอำนาจในการตรวจสอบการดำเนินการศึกษาวิจัยนี้
- บุคคลอื่นตามที่ระบุไว้:

1. ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการอนุญาตนี้จะหมดอายุหลังจาก **ปี**/ไม่มีวันหมดอายุ  
จะถือว่าสำเนาของแบบฟอร์มนี้ใช้ได้เหมือนกับต้นฉบับจริง
2. ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าสามารถเพิกถอนการอนุญาตนี้ได้ทุกเมื่อ โดยการแจ้งให้ผู้วิจัยหลักหรือทีมวิจัยของการศึกษานี้ทราบ และการอนุญาตนี้จะยุติลงโดยมีผลตั้งแต่วันที่แจ้ง ยกเว้นว่าจะได้ดำเนินการที่อาศัยการอนุญาตนี้ไปแล้ว ข้าพเจ้ายังสามารถส่งคำเพิกถอนการอนุญาตถึง: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้อมูลที่ถูกใช้หรือเปิดเผยตามการอนุญาตนี้ อาจถูกเปิดเผยอีกครั้งโดยผู้รับข้อมูล และอาจไม่ได้รับการคุ้มครองอีกต่อไปโดยข้อบังคับของรัฐบาลกลางว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล อย่างไรก็ตาม กฎหมายอื่นของรัฐหรือรัฐบาลกลางอาจห้ามไม่ให้ผู้รับเปิดเผยข้อมูลที่ได้รับการคุ้มครอง โดยเฉพาะเจาะจง เช่น ข้อมูลการบำบัดการติดยาเสพติด ข้อมูลเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต/สุขภาพจิต
4. การที่ข้าพเจ้าไม่ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ จะไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลและการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้า
5. ข้าพเจ้าเข้าใจว่า การที่ข้าพเจ้าปฏิเสธที่จะลงลายมือชื่อในเอกสารการอนุญาตฉบับนี้ จะไม่มีผลต่อสิทธิของข้าพเจ้าในการรับการบำบัดภาวะทุพพลภาพทางจิตในปัจจุบันหรืออนาคต ยกเว้นในกรณีที่มีการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการบำบัด
6. ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าจะได้รับสำเนาของแบบฟอร์มนี้ หลังจากข้าพเจ้าลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้

การลงลายมือชื่อด้านล่างนี้หมายความว่า ข้าพเจ้ายอมรับว่าได้อ่านและเข้าใจเอกสารการอนุญาตฉบับนี้แล้ว

ลายมือชื่อของผู้ป่วย \_\_\_\_\_ หรือ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_  
บิดาหรือมารดา/ผู้ปกครอง/บุคคลที่ได้รับอนุญาต

\_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย