

Giấy Ủy Quyền Sử Dụng hoặc Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Cho Mục Đích Nghiên Cứu
(Để Sử Dụng Với Giấy Cho Phép Ngắn)

Tên, họ: _____ Số Đối Tượng hoặc Ngày Sinh: _____

Bằng giấy này, tôi cho phép Yale University sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi như được nêu dưới đây cho mục đích tham gia vào cuộc nghiên cứu (sẽ được tiến hành bởi nhân viên nghiên cứu):

Tiêu Đề Nghiên Cứu: _____

Biên Bản HIC/HSC Số: _____ Thông Tin Cá Nhân Nghiên Cứu: _____

Thông tin sẽ được tiết lộ trong giai đoạn từ _____ đến _____:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hồ sơ nghiên cứu | <input type="checkbox"/> Báo cáo X-quang | <input type="checkbox"/> Ghi chú và kết quả xét nghiệm liên quan đến: |
| <input type="checkbox"/> Bệnh sử và khám sức khỏe | <input type="checkbox"/> Báo cáo/ghi chú hội chẩn | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiêm chủng | <input type="checkbox"/> Thông tin về thuốc kê toa | <input type="checkbox"/> Khác/Nhận xét: _____ |
| <input type="checkbox"/> Báo cáo xét nghiệm | | _____ |

Tôi hiểu rằng thông tin sức khỏe này có thể bao gồm thông tin nhạy cảm. Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi cho phép một cách cụ thể việc tiết lộ thông tin liên quan đến:

- Thông tin Điều Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện
- Thông tin liên quan đến HIV, bao gồm xét nghiệm liên quan đến AIDS
- Thông Tin Sức Khỏe Tâm thần

Hồ sơ này phải được bảo mật theo quy định của Chương 899 của Đạo Luật Chung Connecticut và Điều 42 của bộ luật Hoa Kỳ. Không được chuyển tài liệu này đến bất kỳ ai mà không có sự cho phép hoặc sự ủy quyền bằng văn bản được quy định trong các đạo luật này.

Chữ ký

Ngày: _____

Hồ sơ có thể được sử dụng bởi và tiết lộ cho bất kỳ đơn vị nào sau đây:

- Các cơ quan của Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services - DHHS)
- Các đại diện của Yale University, Chương Trình Bảo Vệ Nghiên Cứu Con Người của Yale (Yale Human Research Protection Program), bất kỳ Hội Đồng Y Đức (Institutional Review Boards) bên ngoài nào đánh giá thay mặt cho Yale và những đơn vị chịu trách nhiệm giám sát nghiên cứu và tài chính
- Những nhà cung cấp tham gia vào hệ thống Hồ Sơ Y Tế Điện Tử (Electronic Medical Record - EMR)
- Điều Tra Viên Chính và tổ nghiên cứu
- Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (U.S. Food and Drug Administration - FDA)
- Nhà tài trợ nghiên cứu hoặc nhà sản xuất thuốc/thiết bị nghiên cứu
- Các cơ quan quản lý thuốc ở các nước khác
- Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp dịch vụ cho quý vị có liên quan đến nghiên cứu này.
- Các phòng xét nghiệm, các cá nhân khác và các tổ chức phân tích thông tin sức khỏe của quý vị liên quan đến nghiên cứu này, theo kế hoạch nghiên cứu.
- Ban/Ủy Ban Giám Sát Dữ Liệu và Sự An Toàn (Data and Safety Monitoring Boards/Committees) và những người khác được phép giám sát việc tiến hành Nghiên cứu
- Những người khác như được ghi chú: _____

- Tôi hiểu rằng giấy cho phép này sẽ hết hạn sau _____ năm/không bao giờ. Bản sao của giấy cho phép này sẽ được xem là hợp lệ như bản gốc.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại sự cho phép này bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo cho Điều Tra Viên Chính của nghiên cứu hoặc tổ nghiên cứu và giấy cho phép này sẽ chấm dứt hiệu lực vào ngày được ghi chú trừ khi có hành động đã được thực hiện dựa vào đó. Tôi cũng có thể gửi yêu cầu thu hồi giấy cho phép tới: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
- Tôi hiểu rằng thông tin đã được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy ủy quyền này có thể được người nhận tiết lộ lại và không còn được bảo vệ bởi quy định về quyền riêng tư của Liên bang. Tuy nhiên, luật tiểu bang khác hoặc liên bang có thể cấm người nhận tiết lộ thông tin được bảo vệ cụ thể, chẳng hạn như thông tin điều trị lạm dụng chất gây nghiện, thông tin liên quan đến HIV/AIDS và thông tin sức khỏe tâm thần/tinh thần.
- Việc chăm sóc sức khỏe của tôi và việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ không bị ảnh hưởng nếu tôi không ký vào giấy cho phép này.
- Tôi hiểu rằng việc tôi từ chối ký vào Giấy Cho Phép này sẽ không làm phương hại đến quyền nhận điều trị khuyết tật tâm thần của tôi ở hiện tại hay trong tương lai trừ trường hợp việc tiết lộ thông tin này là cần thiết cho việc điều trị.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được một bản sao của giấy này sau khi tôi ký.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi thừa nhận tôi đã đọc và hiểu Giấy Cho Phép này.

HOẶC

Chữ Ký của Bệnh Nhân

Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp/Người Được Ủy Quyền

Ngày

