

洛杉矶儿童医院  
受保护健康信息的使用和披露

姓名：	
MRN 号：	出生日期：

美国政府颁布了一项隐私法规，以保护参与研究的个人的隐私权。隐私法规旨在保护个人健康信息的机密性。本文件描述了您的权利，并解释了您的健康信息通常如何在本研究中被使用和披露。

收集本研究的受保护健康信息 (PHI) 的目的旨在帮助研究人员回答本调查研究中提出的问题。主要研究者或研究人员将告知您此次研究中将使用和披露的 PHI 类型

可能使用来自于您病案中的受保护健康信息或收集到的关于您的信息，可能包括实验室结果、x 光报告、诊断和临床访问信息。您的受保护健康信息将用于研究目的。对您信息的获取仅限于为达到研究目的所需的最少信息量。

您的信息可能被主要研究者和研究人员提供给监管机构的代表，以确保数据和研究行为的质量，以及主要研究者和研究人员将与您谈及的其他实体。一旦您的信息按照本授权被披露，接收信息的个人或组织可能会对其进行再披露，您的信息可能不再受联邦隐私法规保护。

本研究的结果可能会在学术期刊上发表或在专业会议上展示，但您的身份不会被披露。

您的 PHI 将在一段特定时期内与您的识别信息相关联。在此之后，所有链接将被销毁，您的身份将无法确定。

本授权可在研究结束之日、实际到期日、特定事件发生之日终止，或无到期日。

您有权访问您的 PHI，它可能是在本研究中创建，因为它与您的治疗或支付相关。只有在研究分析完成之后，您才能获得研究信息。如果您的保险需要付费，您的付款信息可能会在研究完成之前发布。

如果您确实撤销了您的授权，之前披露的任何信息都不能被撤回，并可能会被继续使用。您可在任何时候以书面形式通知主要研究者撤销本授权。

您可拒绝签署此授权书。如果您拒绝签署本表格，您将不能参与本研究。拒绝签署并不会影响您目前或将来接收的医疗护理，也不会造成您在其他方面享有的任何利益损失。

您可以从主要研究者那里获得更多信息。如果您有关于您的受保护健康信息的任何疑问，请随时联系\_\_\_\_\_，联系方式为\_\_\_\_\_。如果您对作为研究对象对您的权利有任何疑问，请致电 323-361-2265 与 CHLA 人类受试者保护计划联系。

\_\_\_\_\_  
受试者签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
家长/合法监护人签名（如适用）

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
家长/合法监护人签名（如适用）

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_

---

见证人打印体姓名

---

见证人签名\*

---

日期

*\*见证人的签名表明他/她提供了口译服务，并协助以受试者或受试者父母/合法监护人所讲的语言进行解释和提问及回答。*