

โรงพยาบาลเด็ก ลอสแอนเจลิส
การใช้และการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับการป้องกัน

ชื่อ:	
หมายเลขประวัติการรักษา #:	วันเกิด :

รัฐบาลสหรัฐฯ ได้บัญญัติกฎหมายเป็นส่วนตัวเพื่อปกป้องสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย กฎหมายเป็นส่วนตัวบัญญัติขึ้นเพื่อปกป้องความลับเฉพาะของข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย เอกสารฉบับนี้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิ์ของท่านและอธิบายเกี่ยวกับวิธีการใช้และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านโดยทั่วไปสำหรับการศึกษาวิจัยนี้

วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับการป้องกัน (Protected Health Information: PHI) สำหรับการศึกษานี้คือ เพื่อช่วยให้ผู้ศึกษาตอบคำถามที่กำลังมีการถามในการศึกษาวิจัย หัวหน้าผู้ศึกษาหรือผู้ศึกษาจะแจ้งให้ท่านทราบเกี่ยวกับประเภทของข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับการป้องกันที่จะมีการใช้และเปิดเผยสำหรับการศึกษานี้

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับการป้องกันอาจใช้จากประวัติการรักษาหรือเก็บจากข้อมูลเกี่ยวกับท่าน และอาจประกอบด้วยผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ รายงานผลการเอกซเรย์ การวินิจฉัยและข้อมูลการเข้ารับการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับการป้องกันของท่านจะมีการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น การเข้าถึงข้อมูลของท่านมีการจำกัดจำนวนข้อมูลที่น้อยที่สุดที่จำเป็นในการบรรลุเป้าหมายในการศึกษาวิจัย

ข้อมูลของท่านอาจมีการเผยแพร่โดยหัวหน้าผู้ศึกษาและผู้ศึกษาไปยังผู้แทนหน่วยงานเกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆ เพื่อรับรองคุณภาพของข้อมูลและการดำเนินการศึกษาวิจัยรวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ที่จะมีการอธิบายให้ท่านทราบโดยหัวหน้าผู้ศึกษาและผู้ศึกษา เมื่อข้อมูลเกี่ยวกับท่านได้รับการเปิดเผยตามการให้ความยินยอมนี้ บุคคลหรือหน่วยงานที่ได้รับการให้ความยินยอมอาจเผยแพร่ข้อมูลได้อีกครั้ง และข้อมูลของท่านจะไม่ได้รับการป้องกันโดย Federal Privacy Regulations อีกต่อไป

ผลของการศึกษาวิจัยนี้สามารถตีพิมพ์ในวารสารทางวิทยาศาสตร์หรือนำเสนอในการประชุมวิชาการได้ แต่ข้อมูลประจำตัวของท่านจะไม่ได้รับการเปิดเผย

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับการป้องกันของท่านจะเชื่อมโยงกับข้อมูลเอกลักษณ์ของท่านในช่วงเวลาเฉพาะ หลังจากนั้น ความเชื่อมโยงทั้งหมดจะถูกลบออกไปและจะไม่สามารถระบุข้อมูลประจำตัวของท่านได้

การให้ความยินยอมนี้อาจสิ้นสุดลงในวันที่การศึกษาวิจัยสิ้นสุดลง ในวันที่สิ้นสุดลงที่แท้จริง ในวันที่เกิดเหตุการณ์เฉพาะ หรือจะไม่มีวันสิ้นสุด

ท่านมีสิทธิ์ที่จะเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับการป้องกันที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาวิจัยนี้เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการรักษาหรือการชำระเงิน การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยของท่านจะสามารถทำได้หลังจากการวิเคราะห์การศึกษาวิจัยเสร็จสิ้นแล้วเท่านั้น ข้อมูลเกี่ยวกับการชำระเงินอาจมีการเปิดเผยก่อนการเสร็จสิ้นของการศึกษาวิจัยนี้สำหรับกรณีที่ค่าประกันภัยจะจำเป็นที่ต้องเรียกเก็บ

หากท่านยกเลิกการให้ความยินยอม ข้อมูลใดๆ ที่เปิดเผยก่อนหน้านี้ไม่สามารถยกเลิกและอาจต้องมีการใช้ต่อไป ท่านสามารถยกเลิกการให้ความยินยอมนี้ในเวลาใดก็ตามโดยการแจ้งหัวหน้าผู้ศึกษาอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร

ท่านอาจปฏิเสธการลงนามในแบบฟอร์มการให้ความยินยอมนี้ได้ หากท่านประสงค์ที่จะไม่ลงนามในแบบฟอร์มนี้ ท่านไม่สามารถมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ได้ การปฏิเสธที่จะลงนามจะไม่ส่งผลต่อการรักษาทางการแพทย์ในปัจจุบันหรือในอนาคตของท่าน และจะไม่ทำให้เกิดการสูญเสียผลประโยชน์ใดๆ ที่ท่านมีสิทธิ์ได้รับในทางอื่น

ท่านสามารถได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากหัวหน้าผู้ศึกษาได้ ท่านสามารถติดต่อ _____ ที่ _____ ในเวลาใดก็ตามที่ท่านมีคำถามเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับการป้องกันของท่าน ท่านอาจติดต่อโครงการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ โรงพยาบาลเด็ก ลอสแอนเจลิส ที่หมายเลข 323-361-2265 หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับสิทธิ์ของท่านในฐานะที่เป็นกลุ่มตัวอย่างการศึกษาวิจัย

ลายเซ็นของกลุ่มตัวอย่าง

วันที่

ลายเซ็นของบิดามารดา/ผู้ปกครองตามกฎหมาย (ถ้ามี)

วันที่

ลายเซ็นของบิดามารดา/ผู้ปกครองตามกฎหมาย (ถ้ามี)

วันที่

ชื่อตัวพิมพ์ของพยาน

ลายเซ็นของพยาน*

วันที่

ลายเซ็นของพยานทำหน้าที่รับรองว่าพยานให้บริการล่ามแปลภาษาและช่วยเหลือ*
ในการให้คำอธิบาย รวมถึงคำถามและคำตอบในภาษาของกลุ่มตัวอย่างหรือบิดา
ผู้ปกครองตามกฎหมายของกลุ่มตัวอย่าง/มารดา