

Rumah Sakit Anak Los Angeles (Children's Hospital Los Angeles)  
**Penggunaan dan Pengungkapan Informasi Kesehatan yang Dilindungi**

<b>Nama:</b>	
<b>MRN #:</b>	<b>Tanggal Lahir:</b>

**Pemerintah Amerika Serikat telah menerbitkan aturan privasi guna melindungi hak-hak privasi individu yang mengikuti penelitian. Aturan Privasi dirancang untuk melindungi kerahasiaan informasi kesehatan individu. Dokumen ini menguraikan hak Anda dan menjelaskan bagaimana informasi kesehatan Anda secara umum akan digunakan dan diungkapkan untuk penelitian ini.**

Tujuan pengumpulan Informasi Kesehatan yang Dilindungi (PHI) untuk penelitian ini adalah membantu peneliti menjawab pertanyaan-pertanyaan yang ditanyakan dalam penelitian ini. Peneliti Utama atau staf penelitian akan memberi tahu Anda jenis PHI apa yang akan digunakan dan diungkapkan untuk studi penelitian ini

Informasi Kesehatan yang Dilindungi dapat digunakan dari rekam medis Anda atau dikumpulkan tentang Anda dan mungkin termasuk hasil laboratorium, laporan sinar x, diagnosis, dan informasi kunjungan klinis. Informasi Kesehatan Anda yang Dilindungi akan digunakan untuk tujuan penelitian. Akses ke informasi Anda terbatas pada jumlah minimum informasi yang diperlukan untuk mencapai tujuan penelitian.

Informasi tentang Anda mungkin diberikan oleh Peneliti Utama dan mempelajari personel untuk perwakilan dari lembaga pengatur untuk memastikan kualitas data dan mempelajari perilaku serta entitas lain yang akan dibahas dengan Anda oleh Peneliti Utama dan personel penelitian. Setelah informasi tentang Anda diungkapkan sesuai dengan otorisasi ini, individu atau organisasi yang menerima ini dapat menyembunyikannya dan informasi Anda mungkin tidak lagi dilindungi oleh Peraturan Privasi Federal.

Hasil penelitian ini dapat dipublikasikan dalam jurnal ilmiah atau disajikan pada pertemuan profesional, tetapi identitas Anda tidak akan diungkapkan.

PHI Anda akan dikaitkan dengan informasi pengidentifikasi Anda untuk jangka waktu tertentu. Setelah waktu ini, semua tautan akan dihancurkan dan identitas Anda tidak akan dapat ditentukan.

Otorisasi ini dapat berakhir pada tanggal penelitian berakhir, pada tanggal aktual berakhirnya, kejadian peristiwa tertentu, atau tidak akan memiliki tanggal kedaluwarsa.

Anda memiliki hak untuk mengakses PHI Anda yang mungkin dibuat selama studi ini karena berkaitan dengan perawatan atau pembayaran Anda. Akses Anda ke informasi penelitian akan tersedia hanya setelah analisis penelitian selesai. Informasi pembayaran dapat dirilis sebelum penyelesaian penelitian untuk kasus-kasus di mana asuransi Anda perlu ditagih.

Jika Anda menarik otorisasi Anda, informasi apa pun yang sebelumnya diungkapkan tidak dapat ditarik dan dapat terus digunakan. Anda dapat membatalkan otorisasi ini kapan saja dengan memberi tahu Peneliti Utama secara tertulis.

Anda dapat menolak untuk menandatangani formulir otorisasi ini. Jika Anda memilih untuk tidak menandatangani formulir ini, Anda tidak dapat berpartisipasi dalam penelitian. Menolak untuk menandatangani tidak akan mempengaruhi perawatan medis Anda saat ini atau masa depan dan tidak akan menyebabkan hilangnya manfaat yang Anda berhak atas.

Anda dapat memperoleh informasi lebih lanjut dari Peneliti Utama. Anda dapat menghubungi \_\_\_\_\_ pada \_\_\_\_\_ setiap saat Anda memiliki pertanyaan tentang Informasi Kesehatan Anda yang dilindungi. Anda dapat menghubungi Program Perlindungan Subjek Manusia CHLA di 323-361-2265 jika Anda memiliki pertanyaan tentang hak Anda sebagai subjek penelitian.

---

Tanda Tangan Subjek

---

Tanggal

---

Tanda tangan Orang tua/Wali Hukum (jika berlaku)

---

Tanggal

---

Tanda tangan Orang tua/Wali Hukum (jika berlaku)

---

Tanggal

---

Nama Cetak Saksi

---

Tanda tangan Saksi\*

---

Tanggal

*\*Tanda tangan saksi berfungsi untuk membuktikan bahwa dia memberikan layanan penerjemahan dan dibantu dengan menyampaikan penjelasan dan pertanyaan dan jawaban dalam bahasa yang diucapkan oleh subjek atau orang tua subjek/wali subjek.*