

Children's Hospital Los Angeles
استفاده و افشای اطلاعات سلامت محافظت شده

نام:
شماره پرونده بهداشتی:
تاریخ تولد:

دولت ایالات متحده قانون حریم خصوصی جهت حفاظت از حقوق حریم خصوصی افراد ثبت نام شده در تحقیق تصویب کرده است. هدف از قانون حریم خصوصی حفاظت از محرمانگی اطلاعات سلامت افراد است. این سند حقوق شما را توصیف می کند و نحوه استفاده عمومی و افشای اطلاعات سلامت شما برای این مطالعه را توضیح می دهد.

هدف از جمع آوری اطلاعات سلامت محافظت شده (PHI) برای این مطالعه، کمک به محققان جهت یافتن پاسخ سؤالات مطرح شده در این مطالعه تحقیقاتی است. محقق اصلی یا پرسنل اجرا کننده مطالعه به شما می گویند چه نوع PHI برای این مطالعه تحقیقاتی مورد استفاده قرار می گیرد و افشا می شود.

اطلاعات سلامت محافظت شده می تواند از پرونده پزشکی شما یا اطلاعات جمع آوری شده از شما استفاده شود و شامل نتایج آزمایشگاه، گزارش های ایکسری، تشخیص ها و اطلاعات ویزیت بالینی باشد. از اطلاعات سلامت محافظت شده شما برای دستیابی به اهداف مطالعه استفاده خواهد شد. دسترسی به اطلاعات شما به حداقل مقدار اطلاعات ضروری جهت دستیابی به اهداف مطالعه محدود می شود.

ممکن است اطلاعات شما توسط محقق اصلی و پرسنل انجام دهنده مطالعه جهت حصول اطمینان از کیفیت داده ها و انجام مطالعه در اختیار نمایندگان سازمان های نظارتی و نیز سایر نهادها که محقق اصلی و پرسنل انجام دهنده مطالعه به شما اطلاع می دهند، قرار داده شود. هنگامی که اطلاعات مربوط به شما طبق این اجازه افشا شود، امکان دارد فرد یا سازمان دریافت کننده این اطلاعات، آنها را دوباره افشا کرده و اطلاعات شما دیگر توسط مقررات حریم خصوصی فدرال محافظت نشود.

ممکن است نتایج این تحقیق در ژورنال های علمی منتشر یا در جلسات حرفه ای ارائه شود، اما هویت شما افشا نخواهد شد.

PHI شما برای مدت مشخصی با اطلاعات تعیین کننده هویتتان ارتباط داده می شود. پس از این زمان، تمام ارتباطات از بین می رود و هویت شما قابل تعیین نخواهد بود.

ممکن است این اجازه در تاریخ اتمام این مطالعه تحقیقاتی، در تاریخ واقعی انقضا، در صورت رخ دادن رویدادی خاص به پایان برسد یا هیچ تاریخ انقضایی نداشته باشد.

شما حق دسترسی به PHI خود که ممکن است در طول این مطالعه ایجاد شده باشد را دارید، زیرا این اطلاعات به درمان یا پرداخت شما ارتباط دارد. تنها پس از تکمیل شدن تحلیل های مطالعه قادر خواهید بود به اطلاعات تحقیق دسترسی پیدا کنید. در مواردی که نیاز است صورتحساب بیمه شما ایجاد شود، امکان انتشار اطلاعات پرداخت پیش از تکمیل مطالعه وجود خواهد داشت.

اگر اجازه خود را لغو کنید، امکان خارج کردن اطلاعات از پیش افشا شده وجود ندارد و ممکن است همچنان از این اطلاعات استفاده شود. شما می‌توانید در هر زمان به وسیله درخواست کتبی از محقق اصلی، از اجازه خود صرف‌نظر کنید.

شما می‌توانید از امضای این فرم خودداری کنید. اگر مایل به امضای این فرم نباشید، نمی‌توانید در این مطالعه تحقیقاتی شرکت کنید. خودداری از امضای این فرم بر مراقبت پزشکی فعلی یا آتی شما تأثیر نخواهد گذاشت و باعث نمی‌شود از مزایایی که از آنها برخوردارید محروم شوید.

می‌توانید اطلاعات بیشتری از محقق اصلی کسب کنید. شما می‌توانید در هر زمان که سؤالی در مورد اطلاعات سلامت محافظت‌شده خود داشتید با _____ به شماره _____ تماس بگیرید. در صورت داشتن هرگونه سؤال در مورد حقوق خود به عنوان شرکت‌کننده می‌توانید از طریق شماره 323-361-2265 با برنامه حفاظت از شرکت‌کنندگان CHLA تماس بگیرید.

_____	امضای شرکت‌کننده
_____	تاریخ
_____	امضای والد/سرپرست قانونی (در صورت حضور)
_____	تاریخ
_____	امضای والد/سرپرست قانونی (در صورت حضور)
_____	تاریخ
_____	نام با حروف مجزای شاهد
_____	امضای شاهد*
_____	تاریخ

امضای شاهد به معنای تصدیق این است که او خدمات ترجمه شفاهی را انجام داده و در انتقال توضیحات و پرسش‌ها و پاسخ‌ها به زبان مادری شرکت‌کننده یا والدین/سرپرست قانونی شرکت‌کننده کمک کرده است.