

Hospital Infantil de Los Angeles
Uso e divulgação de informações protegidas de saúde

Nome:	
MRN n°:	Data de nascimento:

O governo dos Estados Unidos emitiu uma regra de privacidade para proteger os direitos de privacidade dos indivíduos inscritos na pesquisa. A Regra de Privacidade foi criada para proteger a confidencialidade das informações de saúde de um indivíduo. Este documento descreve seus direitos e explica como suas informações de saúde geralmente serão usadas e divulgadas para este estudo.

O objetivo da coleta de informações de saúde protegidas (PHI) para este estudo é ajudar os pesquisadores a responder às perguntas que estão sendo feitas nesta pesquisa. O Investigador Principal ou a equipe do estudo lhe dirá quais tipos de PHI serão usados e divulgados para esta pesquisa

As Informações Protegidas de Saúde podem ser sobre seu registro médico ou sobre você e podem incluir resultados laboratoriais, relatórios de raio-x, diagnóstico e informações sobre visitas clínicas. Suas Informações de Saúde Protegidas serão usadas para fins de estudo. O acesso às suas informações é limitado a uma quantidade mínima de informações necessárias para atingir as metas do estudo.

Informações sobre você podem ser fornecidas pelo Investigador Principal e pelo pessoal do estudo a representantes de agências reguladoras para garantir a qualidade dos dados e a conduta de estudo, bem como a outras entidades que serão discutidas com você pelo Investigador Principal e pelo pessoal do estudo. Uma vez que as informações sobre você são divulgadas de acordo com esta autorização, o indivíduo ou organização que as recebe pode redivulgá-las e suas informações podem não mais ser protegidas pelo Regulamento Federal de Privacidade.

Os resultados desta pesquisa podem ser publicados em revistas científicas ou apresentados em reuniões profissionais, mas sua identidade não será divulgada.

Sua PHI será vinculada às suas informações de identificação por um período de tempo específico. Após esse período, todos os vínculos serão destruídos e sua identidade não poderá ser determinada.

Essa autorização pode expirar na data em que o estudo da pesquisa terminar, na data real de expiração, na ocorrência de um evento específico, ou não terá data de expiração.

Você tem o direito de acessar sua PHI, que pode ser criada durante este estudo no que se refere ao seu tratamento ou pagamento. Seu acesso às informações da pesquisa ficará disponível somente após a conclusão das análises do estudo. As informações de pagamento podem ser liberadas antes da conclusão do estudo para os casos em que seu seguro tiver de ser cobrado.

No caso de você retirar sua autorização, qualquer informação previamente divulgada não poderá ser retirada e poderá continuar a ser usada. Você pode retirar essa autorização a qualquer momento, notificando o Investigador Principal por escrito.

Você pode se recusar a assinar este formulário de autorização. Se você optar por não assinar este formulário, não poderá participar da pesquisa. A recusa em assinar não afetará seu atendimento médico atual ou futuro nem causará qualquer perda de benefícios aos quais você tem direito.

Você pode obter mais informações com o Investigador Principal. Você pode entrar em contato com _____ em _____ a qualquer momento se tiver dúvidas sobre suas Informações de Saúde Protegidas. Você pode entrar em contato com o Programa de Proteção de Participantes Humanos da CHLA no telefone 323-361-2265 se tiver alguma dúvida sobre seus direitos como participante da pesquisa.

Assinatura do participante

Data

Assinatura do pai/mãe/responsável legal (se aplicável)

Data

Assinatura do pai/mãe/responsável legal (se aplicável)

Data

Nome legível da testemunha

Assinatura da testemunha*

Data

**A assinatura da testemunha serve para atestar que ele/ela forneceu os serviços de interpretação e auxiliou na transmissão de explicações e perguntas e respostas no idioma falado pelo participante ou pelos pais/responsável legal do participante.*