# 연구를 위한 건강 정보 공개 허가

IRB 연구 번호 연구 제목

고객 이름 생년월일

고객 기록 번호 고객 SS 번호*(선택 사항)*

본인 은(는)

*(고객 또는 개인 대리인)*

위에 언급된 고객의 기록에서 특정 건강 정보

*(의료 서비스 제공자/플랜 이름)*

을(를)

*(주요 연구자 이름/주소/전화번호/팩스)에게*

특정 연구 조사

*(연구 조사 설명)을(를) 위해 공개하도록 권한을 부여합니다.*

공개할 구체적인 정보:

본인은 본인의 건강 정보가 연구 검토 및 다음 목적을 위해 연구를 수행하도록 승인된 사람들에게 사용되고 공개될 것이며, 연구 후원자 대표, 기관 검토 위원회, 식품의약국(FDA) 또는 연구대상자 보호프로그램 사무실을 포함한 정부 기관 대표 등승인된 제3자에게도 공개될 수 있음을 이해합니다.

본인은 이 권한 부여가 다음 날짜, 이벤트 또는 조건에 따라 만료됨을 이해합니다.

위에 만료일이나 조건이 명시되지 않은 경우, 이 권한은 연구를 완료하는 데 필요한 기간 또는 최대 1년 동안 중 더 일찍인 기간 동안 유효합니다. 또한, 본인은 언제든지 이 권한 부여를 철회할 수 있으며 이 양식 뒷면의 *철회 섹션*에 서명하여 위에 명시된 의료 서비스 제공자 또는 건강 보험사에 제출해야 한다는 사실을 이해합니다. 여기에 더해, 본인은 연구의 주요 연구자는 연구의 무결성을 유지하거나 부작용 보고와 같은 보고 목적을 위해 필요한 경우 철회일 이전에 수집된 개인 식별 건강 정보를 계속 사용하고 공개할 수 있음을 이해합니다.

정보 요청자가 내 정보를 재공개하는 것을 보호하지 못할 수 있음을 이해합니다. 그러나 이 정보가 연방 약물 남용 비밀 유지 규정 및/또는 1985년 NC 정신 건강, 발달 장애 및 약물 남용법에 의해 보호되는 경우, 수신자는 내 추가적인 서면 승인 없이 해당 정보를 재공개할 수 없습니다. 단, 주 또는 연방법에 따라 달리 규정된 경우는 예외입니다.

내 기록에 HIV 감염, AIDS 또는 AIDS 관련 질환, 알코올 남용, 약물 남용, 심리적 또는 정신적 질환, 유전자 검사와 관련된 정보가 포함되어 있을 경우 이 공개에 해당 정보가 포함된다는 것을 이해합니다.

또한 본인은 이 승인서에 서명을 거부할 수도 있음을 이해합니다. 제가 서명을 거부하더라도 치료를 받거나, 서비스에 대한 비용을 지불하거나, 이 연구 이외의 혜택을 받을 자격에는 영향을 미치지 않으나, 연구에 참여할 수 없게 됩니다.

또한 본인은 이 서명된 승인서 사본을 받을 것임을 이해합니다.

# 철회 섹션

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *(클라이언트 서명)* |  | *(날짜)* |  | *(증인-필요한 경우)* |
| *(개인 대리인 서명)* |  | *(날짜)* |  | *(개인 대리인 관계/권한)* |

*메모: 이 권한은 다음 날짜에 철회되었습니다.*

*(날짜) (직원 서명)*

본인은 건강 정보 공개에 대한 이 허가를 요청합니다.

*(고객 이름)*

서명한 사람 날짜

(*승인서에 서명한 사람의 이름 입력) (서명 날짜 입력)*

철회 및 유효한 날짜 본인은 연구의 주요 연구자가 계속해서 사용할 수 있음을 이해합니다.

*(날짜)*

연구의 무결성을 유지하거나 보고 목적을 위해 정보가 필요한 경우, 이 승인의 원래 조건에 따라 철회된 날짜 이전에 수집된 개인 식별 건강 정보를 공개합니다.

*(클라이언트 서명) (날짜) (증인 서명-필요한 경우) (날짜)*

*(개인 대리인 서명) (날짜) (개인 대리인 관계/권한)*