# GIẤY ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE CHO MỤC ĐÍCH NGHIÊN CỨU

Số Nghiên cứu IRB Tiêu đề của Nghiên cứu

Tên Khách hàng Ngày sinh

Số Hồ sơ Khách hàng Số An sinh Xã hội của Khách hàng *(Không bắt buộc)*

Tôi xin ủy quyền cho

*(Khách hàng hoặc Người đại diện Cá nhân)*

 tiết lộ thông tin sức khỏe cụ thể

*(Tên của Chương trình/Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe)*

từ hồ sơ của khách hàng có tên nêu trên:

*(Tên/Địa chỉ/Số điện thoại/Fax của Nhà nghiên cứu chính)*

cho nghiên cứu cụ thể:

*(Mô tả Nghiên cứu)*

Thông tin cụ thể cần được tiết lộ:

Tôi hiểu rằng thông tin sức khỏe của tôi sẽ được sử dụng và tiết lộ cho những người được ủy quyền tiến hành nghiên cứu và cũng có thể được tiết lộ cho các bên thứ ba có thẩm quyền như đại diện của nhà tài trợ nghiên cứu, hội đồng đánh giá của tổ chức và đại diện các cơ quan chính phủ, bao gồm Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (Food and Drug Administration, FDA) hoặc Văn phòng Bảo vệ Nghiên cứu Con người, để xem xét nghiên cứu và cho các mục đích sau:

Tôi hiểu rằng giấy ủy quyền này sẽ hết hạn vào ngày, sự kiện hoặc điều kiện sau:

Tôi hiểu rằng nếu ngày hoặc điều kiện hết hạn không được nêu ở trên, giấy ủy quyền này có hiệu lực trong khoảng thời gian cần thiết để hoàn thành nghiên cứu hoặc tối đa một năm, tùy theo điều kiện nào đến trước. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất kỳ lúc nào bằng cách ký tên vào *Mục Thu hồi* ở cuối mẫu đơn này và đưa lại cho Nhà Cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe hoặc Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe có tên ở trên. Tôi cũng hiểu rằng nhà nghiên cứu chính trong nghiên cứu này có thể tiếp tục sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe cá nhân đã thu thập trước ngày thu hồi nếu thông tin đó cần thiết để duy trì tính toàn vẹn của nghiên cứu hoặc cho các mục đích báo cáo như báo cáo các sự cố bất lợi.

Tôi hiểu rằng thông tin của tôi có thể không được bảo vệ khỏi việc bị người yêu cầu thông tin tiết lộ lại; tuy nhiên, nếu thông tin này được bảo vệ bởi Quy định Bảo mật về Lạm dụng Chất gây nghiện của Liên bang và/hoặc Đạo luật Sức khỏe Tâm thần, Khuyết tật Phát triển và Lạm dụng Chất gây nghiện của Tiểu bang Bắc Carolina năm 1985, bên nhận thông tin không được tiết lộ lại thông tin đó mà không có văn bản ủy quyền khác của tôi trừ khi luật tiểu bang hoặc liên bang có quy định khác.

Tôi hiểu rằng nếu hồ sơ của tôi chứa thông tin liên quan đến tình trạng nhiễm HIV, AIDS hoặc các tình trạng liên quan đến AIDS, lạm dụng rượu, ma túy, bệnh tâm lý hoặc tâm thần hoặc xét nghiệm di truyền thì việc tiết lộ này sẽ bao gồm những thông tin đó.

Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể từ chối ký giấy ủy quyền này. Việc tôi từ chối ký sẽ không ảnh hưởng đến khả năng được điều trị, thanh toán các dịch vụ hoặc hưởng các quyền lợi bên ngoài nghiên cứu này, nhưng sẽ dẫn đến việc tôi không thể tham gia vào nghiên cứu.

Tôi cũng hiểu rằng tôi sẽ nhận được một bản sao của giấy ủy quyền đã ký này.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Chữ ký của Khách hàng)* |  | *(Ngày)* |  | *(Người làm chứng-Nếu cần)* |
| *(Chữ ký của Người đại diện Cá nhân)* |  | *(Ngày)* |  | *(Mối quan hệ/Quyền hạn của Người đại diện Cá nhân)* |

*GHI CHÚ: Giấy ủy quyền này đã bị thu hồi vào*

*(Ngày) (Chữ ký của nhân viên)*

# MỤC THU HỒI

Tôi xin yêu cầu rằng sự cho phép giấy ủy quyền tiết lộ thông tin sức khỏe của

*(Tên Khách hàng)*

Người ký vào

(*Ghi tên Người đã ký Giấy ủy quyền) (Ghi ngày ký)*

bị bãi bỏ, có hiệu lực vào ngày Tôi hiểu rằng nhà nghiên cứu chính trong nghiên cứu có thể tiếp tục sử dụng

*(Ngày)*

và tiết lộ thông tin sức khỏe cá nhân của tôi đã thu thập trước ngày thu hồi theo các điều khoản ban đầu của giấy ủy quyền này nếu thông tin đó cần thiết để duy trì tính toàn vẹn của nghiên cứu hoặc cho các mục đích báo cáo.

*(Chữ ký của Khách hàng) (Ngày) (Chữ ký của Người làm chứng - nếu cần) (Ngày)*

*(Chữ ký của Người đại diện Cá nhân) (Ngày) (Mối quan hệ/Quyền hạn của Người đại diện Cá nhân)*