ຫົວ​ຂໍ້​ສຶກ​ສາ:

ຜູ້ກວດ​ກາ​ໃຫຍ່:

ID (ລະ​ຫັດ) ຂອງ IRB (ຄະ​ນະ​ກຳ​ມະ​ການ​ທົບ​ທວນ​ທາງ​ດ້ານ​ສະ​ຖາ​ບັນ):

ເອ​ກະ​ສານ​ນີ້​ແມ່ນ​ຫຍັງ?

ນີ້​ແມ່ນແບ​ບ​ຟອມ​ການອະ​ນຸ​ຍາດ​ຂອງ HIPAA. ມັນ​ຈະ​ອະ​ທິ​ບາຍ​ວ່າ​ຂໍ້​ມູນ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ຂອງ​ທ່ານ​ຈະ​ຖືກ​ນຳ​ໃຊ້ແນວ​ໃດ​ໃນ​ການ​ສຶກ​ສາ​ນີ້ ແລະ ໂດຍ​ໃຜ. ​ການ​ເຊັນ​ແບບ​ຟອມນີ້​ສະ​ແດງວ່າ​ທ່ານ​​ເຕັມ​ໃຈອະ​ນຸ​ຍາດ​ໃຫ້ນຳໃຊ້​​ຂໍ້​ມູນ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ຂອງ​ທ່ານ​ໃນ​ການ​ສຶກ​ສານີ້.

ຂ້ອຍຄວນ​ຈະ​ເຮັດ​ແນວ​ໃດ​ຕໍ່​ໄປ?

1. ອ່ານ​ແບບ​ຟອມ​ນີ້ ຫຼື ໃຫ້​ຄົນ​ອື່ນອ່ານ​ໃຫ້​ທ່ານ​ຟັງ.

2. ຕ້ອງ​ໃຫ້​ແນ່​ໃຈ​ວ່າ​ທ່ານ​ໝໍ​ທີ່ທຳ​ການສຶກ​ສາ ຫຼື ພະ​ນັກ​ງານ​ທີ່ທຳ​ການສຶກ​ສາ​ອະ​ທິ​ບາຍ​ແບບ​ຟອມ​ໃຫ້​​ທ່ານ.

3. ຖາມ​ຄຳ​ຖາມ (​ເຊັ່ນ: ການ​ປະ​ຕິ​ບັດ​ຕາມ​ເວ​ລາ, ຄຳ​ສັບ​ທີ່ບໍ່​​ຄຸ້ນ​ເຄີຍ ແລະ ອື່ນໆ.)

4. ໃຊ້​ເວ​ລາ​ເພື່ອ​ພິ​ຈາ​ລະ​ນາ​ຟອມ​ນີ້ ແລະ ລົມ​ເລື່ອງ​ຂອງມັນ​ກັບຄອບ​ຄົວ ແລະ ​ໝູ່​ຂອງທ່ານ.

ໃຜ​ຈະ​ເຫັນ​ຂໍ້​ມູນ​ການ​ຄົ້ນ​ຄວ້າຂອງ​ຂ້ອຍ?

University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus (ມະ​ຫາ​ວິ​ທະ​ຍາ​ໄລ​ເດັນ​ເວີ​ຄໍ​ໂລ​ຣາ​ໂດ | ວິ​ທະ​ຍາ​ເຂດ​ການ​ແພດ​ແອນ​ຊຸທ) ແລະ ລະ​ບົບ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ທີ່​ພວກ​ມັນ​ເຮັດ​ວຽກ​ນຳ​ມີ​ກົດ​ລະ​ບຽບ​ເພື່ອ​ປົກ​ປ້ອງຄຸ້ມ​ຄອງ​ຂໍ້​ມູນ​ຂອງ​ທ່າ​ນ. ກົດ​ໝາຍ​ຂອ​ງ​ລັດ​ຖະ​ບານ​ກາງ ແລະ ຂອງ​ລັດ ລວມ​ທັງ Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) (ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ) ຍັງ​ປົກ​ປ້ອງຄຸ້ມ​ຄອງຄວາມ​ເປັນ​ສ່ວນ​ຕົວ​ຂອງ​ທ່ານ​ຄື​ກັນ. ແບບ​ຟອມ​ການອະ​ນຸ​ຍາດນີ້ບອກ​ທ່ານວ່າ​ຂໍ້​ມູນ​ອັນ​ໃດກ່ຽວ​ກັບ​ທ່ານ​ທີ່​ອາດຈະ​ຖືກ​ເກັບເອົາໃນ​ການ​ສຶກ​ສາ​ນີ້ ແລະ ໃຜ​ທີ່​ອາດ​ຈະເຫັນ ຫຼື ນຳໃຊ້​ມັນ.

ສະຖາບັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໃນການສຶກສານີ້ປະກອບມີ:

[Delete those affiliate institutions that are not involved with this study. Do not use this form for VA research.]

* University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus (ມະ​ຫາ​ວິ​ທະ​ຍາ​ໄລ​ເດັນ​ເວີ​ຄໍ​ໂລ​ຣາ​ໂດ | ວິ​ທະ​ຍາ​ເຂດ​ການ​ແພດ​ແອນ​ຊຸ​ທ)
* University of Colorado Health (ມະ​ຫາ​ວິ​ທະ​ຍາ​ໄລ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ຄໍ​ໂລ​ຣາ​ໂດ)
* Children’s Hospital Colorado (ໂຮງ​ໝໍ​ເ​ດັກຄໍ​ໂລ​ຣາ​ໂດ)
* Denver Health and Hospital Authority (ກົມ​ສຸ​ຂະ​ພາບ ແລະ ໂຮງ​ໝໍ​ເດັນ​ເວີ)

ບັນ​ທຶກ​ທີ່​ລະ​ບຸ​ຕົວ​ທ່ານ ແລະ ແບບ​ຟອມ​ການ​ຍິນຍອ​ມ ແລະ ແບບ​ຟອມ​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ນີ້ທີ່​ທ່ານ​ໄດ້​ເຊັນ​ອາດ​ຈະມີ​ຄົນ​ອື່ນ​ເຫັນທີ່​ມີ​ລາຍ​ຊື່​ລຸ່ມ​ນີ້​ຜູ້​ທີ່​ມີ​ສິດ​ຕາມ​ກົດ​ໝາຍ​ທີ່​ຈະ​ເບິ່ງຂໍ້​ມູນນັ້ນເຫັນ​ໄດ້:

[Delete any institutions that are not involved with this study. Add any others that are involved.]

* ຫ້ອງ​ການ​ຂອງ​ລັດ​ຖະ​ບານ​ກາງເຊັ່ນ: Office of Human Research Protection (ຫ້ອງ​ການ​ປົກ​ປ້ອງຄຸ້ມ​ຄອງການ​ຄົ້ນ​ຄວ້າມະ​ນຸດ) ແລະ Food and Drug Administration (FDA) (ອົງ​ການ​ອາ​ຫານ ແລະ ຢາ) ທີ່​ຄຸ້ມ​ຄອງຜູ້​ເຂົ້າ​ຮ່ວມ​ສຶກ​ສາຄື​ຕົວ​ທ່ານ.
* ຜູ້ຄົນຢູ່ທີ່ University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus (ມະຫາວິທະຍາໄລ ເດັນ​ເວີ​ຄໍ​ໂລ​ຣາ​ໂດ | ວິທະຍາເຂດການແພດ ແອນ​ຊຸ​ທ) ຜູ້ທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມໃນການຄົ້ນຄວ້າ.
* ຜູ້ຄົນຢູ່ທີ່ Institutional Review Board (IRB) (ຄະ​ນະ​ກຳ​ມະ​ການ​ທົບ​ທວນ​ທາງ​ດ້ານ​ສະ​ຖາ​ບັນ) ຮັບ​ຜິດ​ຊອບ​ສຳ​ລັບ​ການ​ທົບ​ທວນ​ການ​ສຶກ​ສານີ້.
* ທ່ານ​ໝໍ​ທີ່​ສຶກ​ສາ ແລະ ທີມ​ຄົ້ນ​ຄວ້າ​ຂອງ​ລາວ.
* [Insert sponsor name], ຜູ້​ທີ່​ຈ່າຍ​ສຳ​ລັບການ​ສຶກ​ສາ​ຄົ້ນ​ຄວ້າ​ນີ້.
* ເຈົ້າ​ໜ້າ​ທີ່ຢູ່​ທີ່ສະ​ຖາ​ບັນ​ບ່ອນ​ທີ່​ກຳ​ລັງ​ດຳ​ເນີນ​ການຄົ້ນ​ຄ້​ວາ ແລະ ເຈົ້າ​ໜ້າ​ທີ່​ຢູ່ສະ​ຖາ​ບັນ​ອື່ນໆທີ່​ເຂົ້າ​ຮ່ວມ​ໃນການ​ສຶກ​ສາ​ນີ້, ຜູ້​ທີ່​ຮັບ​ຜິດ​ຊອບ​ໃນ​ການຮັບ​ປະ​ກັນວ່າ​ພວກ​ເຮົາ​ປະ​ຕິ​ບັດ​ຕາມ​ກົດລະ​ບ​ຽບ​ສຳ​ລັບ​ການ​ຄົ້​ນ​ຄ້​ວາ​ທຸກ​ຢ່າງ.
* [Add any other groups or entities that have legal authority to audit identifiable study records.]

ຂໍ້​ມູນ​ຂອງ​ທ່ານ​ອາດ​ຈະ​ຖືກ​ນຳ​ໃຊ້ ແລະ ເປີດ​ເຜີຍເພື່ອ​ເຮັດ​ການ​ຄົ້ນ​ຄ້​ວາ, ເພື່​ອ​ສຶກ​ສາ​ຜົນ​ໄດ້​ຮັບ ແລະ ເພື່ອ​ໃຫ້​ແນ່​ໃຈ​ວ່າ​ການ​ຄົ້ນ​ຄວ້າ​ໄດ້​ດຳ​ເນີນ​ຢ່າງ​ຖືກ​ຕ້ອງ.

ພວກ​ເຮົາ​ອາດ​ຈະ​ເວົ້າ​ກ່ຽວ​ກັບ​ການ​ສຶກ​ສາ​ຄົ້ນ​ຄວ້າຢູ່ໃນກອງ​ປະ​ຊຸມ. ນອກ​ນັ້ນພວກ​ເຮົາຍັງ​ອາດ​ຈະພິມຜົນ​ໄດ້​ຮັບ​ຂອງ​ການ​ສຶກ​ສາ​ຄົ້ນ​ຄວ້າ​ໃນ​ວາ​ລະ​ສານ​ທີ່​ກ່ຽວ​ຂ້ອງ. ແຕ່ພວກເຮົາຈະຮັກສາຊື່ຂອງຜູ້​ເຂົ້າ​ຮ່ວມເປັນສ່ວນຄືຕົວທ່ານໄວ້​ເປັນ​ສ່ວນ​ຕົວ​ຢູ່​ສະ​ເໝີ.

ທ່ານ​ມີ​ສິດ​ທີ່​ຈະຂໍເຂົ້າເບິ່ງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມ​ຄອງຈາກຜູ້ສືບສວນ. [If applicable include: To ensure proper evaluation of test results, your access to these study results may not be allowed until after the study has been completed.]

ພວກ​ເຮົາ​ບໍ່​ສາ​ມາດ​ເຮັດ​ການ​ສຶກ​ສາ​ນີ້​ໂດຍ​ປາ​ສາ​ຈາກ​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ຂອງ​ທ່ານ​ເພື່ອ​ເບິ່ງ, ນຳໃຊ້ ແລະ ແຈກ​ຂໍ້​ມູນ​ຂອງ​ທ່ານ. ທ່ານບໍ່​ຈຳ​ເປັນ​ຕ້ອງ​ໃຫ້​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ນີ້​ແກ່​ພວກ​ເຮົາ. ຖ້າ​ຫາກ​ທ່ານບໍ່​ອະ​ນຸ​ຍາດ,​ແມ່ນ​ທ່ານຈະ​ບໍ່​ເ​ຂົ້າ​ຮ່ວມ​ການ​ສຶກ​ສາ​ຄັ້ງ​ນີ້.

ພວກ​ເຮົາ​ຈະ​ເບິ່ງ, ນຳໃຊ້ ແລະ ເປີດ​ເຜີຍ​ຂໍ້​ມູນ​ຂອງ​ທ່ານເທົ່າ​ທີ່​ໄດ້​ອະ​ທິ​ບາຍ​ໃນ​ແບບ​ຟອມ​ການ​ຍິນຍອມ​ສຳ​ລັບ​ການ​ສຶກ​ສານີ້ ແລະ ໃນ​ແບບ​ຟອມ​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ ແລະ ໃນແຈ້ງການກ່ຽວກັບການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງພວກເຮົາເທົ່າ​ນັ້ນ; ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມ,​ຄົນ​ທີ່​ຢູ່ນອກ University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus (ມະ​ຫາ​ວິ​ທະ​ຍາ​ໄລ​ເດັນ​ເວີ​ຄໍ​ໂລ​ຣາ​ໂດ | ວິ​ທະ​ຍາ​ເຂດ​ການ​ແພດ​ແອນ​ຊຸ​ທ) ແລະ ຜູ້ຮ່ວມມືຂອງມັນອາດຈະບໍ່ຄອບ​ຄຸມ​ໂດຍ ສັນຍານີ້ ແລະ ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານອາດຈະຖືກເປີດເຜີຍໂດຍບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກທ່ານ.

ພວກ​ເຮົາ​ຈະ​ເຮັດ​ທຸກ​ຢ່າງທີ່​ພວກ​ເຮົາ​ສາ​ມາດ​ເຮັດ​ໄດ້​ເພື່ອ​ຮັກ​ສາ​ບັນ​ທຶກ​ຂອງ​ທ່ານ​ໃຫ້ເປັນ​ຄວາມ​ລັບ, ເຖິງ​ແນວ​ໃດ​ກໍ​ຕາມ, ອັນ​ນີ້​ແມ່ນບໍ່​ສາ​ມາດ​ຮັບ​ປະ​ກັນ​ໄດ້.

ການ​ນຳ​ໃຊ້ ແລະ ເປີດ​ເຜີຍ​ຂໍ້​ມູນ​ຂອງ​ທ່າ​ນບໍ່​ມີ​ຂີດ​ຈຳ​ກັດ​ເວ​ລາ. ທ່ານ​ສາ​ມາດ​ຍົກ​ເລີກການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ນຳ​ໃຊ້ ແລະ ເປີດ​ເຜີຍ​ຂໍ້​ມູນຂອງ​ທ່ານ​ໄດ້​ທຸກ​ເວ​ລາ​ໂດຍ​ການ​ຂຽນ​ເຖິງຜູ້ກວດກ​າ​ໃຫຍ່​ຂອງ​ການ​ສຶກ​ສາ ຕາມ​ຊື່ ແລະ ທີ່​ຢູ່​ທີ່ຂຽນໄວ້​ຢູ່ລຸ່ມ​ນີ້. ຖ້າ​ຫາກ​ທ່ານ​ຍົກ​ເລີກການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ນຳ​ໃຊ້ ແລະ ເປີດ​ເຜີຍ​ຂໍ້​ມູນຂອງ​ທ່ານ, ພາກ​ສ່ວນ​ຂອງ​ທ່ານ​ໃນ​ການ​ສຶກ​ສາ​ນີ້ຈະ​ສິ້ນ​ສຸດ​ລົງ ແລະ ຈະ​ບໍ່​ມີ​ການ​ເກັບ​ກຳ​ຂໍ້​ມູນໃດໆ​ເພີ່ມ​ເຕີມ​ກ່ຽວ​ກັບ​ທ່ານອີກ. ການ​ຍົກ​ເລີກ​ຂອງ​ທ່ານ​ຈະ​ບໍ່ມີ​ຜົນກະ​ທົບ​ຕໍ່ຂໍ້​ມູນ​ທີ່​ໄດ້​ເກັບເອົາແລ້ວໃນ​ການ​ສຶກ​ສານີ້.

 [Add PI Name and Mailing Address]

ຖ້າ​ທ່ານ​ເຫັນ​ດີ​ເຂົ້າ​ຮ່ວມ​ໃນ​ການ​ສຶກ​ສາ​ນີ້, ທ່ານ​ຈະ​ໄດ້​ຮັບ​ສຳ​ເນົາ​ໃບອະ​ນຸ​ຍາດ​ນີ້ທີ່​ລົງ​ລາຍ​ເຊັນ ແລະ ໃສ່​ວັນ​ທີ​ແລ້ວ​ສະ​ບັບ​ໜຶ່ງ ເພື່ອ​ໄວ້​ເປັນ​ບັນ​ທຶກ​ຂອງ​ທ່ານ.

[The following section is for outside disclosures of research information that you will make. Include the name of any specific study-related person or group, external to the University, such as the Sponsor, outside laboratory or Contract Research Organization (CRO). Include recipients of information for optional research procedures. If there will be no outside disclosures of data, delete this section]

**ນອກ​ນັ້ນຜູ້ກວດ​ກາ (ຫຼື ພະ​ນັກ​ງານ​ທີ່ປະ​ຕິ​ບັດ​ໃນ​ນາມ​ຂອງ​ຜູ້ກວດ​ກາ) ຈະ​ເຮັດໃຫ້ຂໍ້​ມູນສຸ​ຂະ​ພາບ​ຕໍ່​ໄປ​ນີ້ກ່ຽວ​ກັບ​ທ່ານທັງ​ໝົດ ຫຼື ບາງ​ສ່ວນມີ​ໃຫ້ແກ່:**

* [Organization]

[Delete the following paragraph if not applicable.]

ບາງ​ສ່ວນ​ຂ​ອງ​ຂັ້ນ​ຕອນ​ການ​ຄົ້ນ​ຄວ້າ​ກວມ​ເອົາ​ການ​ທົດ​ລອງທາງ​ກຳ​ມະ​ພັນ ຫຼື ການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນທາງກຳ​ມະ​ພັນຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນທາງກຳ​ມະ​ພັນຂອງທ່ານຈະ​ຖືກ​ໃຊ້​ສຳ​ລັບ​ການ​ຄົ້ນ​ຄວ້າ ແລະ ຈະ​ບໍ່ຖືກ​ເປີດ​ເຜີຍໃຫ້ຜູ້​ອື່ນທີ່​ມີຂໍ້​ມູນ​ອື່ນໆ​ທີ່​ລະ​ບຸຕົວ​ທ່ານ. [Add if applicable.] ຂໍ້ມູນທາງກຳມະ​ພັນທີ່​ລະ​ບຸຕົວຕົນ​ໄດ້ຈະ​ຖືກ​ເປີດ​ເຜີຍໃຫ້:

**ຂໍ້​ມູນ​ກ່ຽວ​ກັບ​ທ່ານ​ທີ່​ຈະເຫັນ​ໄດ້, ເກັບເອົາ, ນຳໃຊ້ ແລະ ເປີດ​ເຜີຍ​ຢູ່ໃນ​ການ​ສຶກ​ສາ​ນີ້:**

[Delete all that do not apply]

* ຊື່ ແລ​ະ ຂໍ້​ມູນ​ທາງ​ດ້ານ​ສະ​ຖິ​ຕິປະ​ຊາ​ກອນ (​ອາ​ຍຸ, ເພດ, ຊົນ​ເຜົ່າ, ທີ່​ຢູ່, ເ​ບີ​ໂທລະ​ສັບ ແລະ ອື່ນໆ.)
* ເລກປະກັນສັງຄົມຂອງ​ທ່ານ
* ສັດ​ສ່ວນ​ຂອງ​ບັນ​ທຶກ​ທາງ​ການ​ແພດທີ່​ຜ່ານ​ມາ ແລະ ປັດ​ຈຸ​ບັນ​ຂອງ​ທ່ານ​ທີ່​ກ່ຽວ​ຂ້ອງ​ກັບ​ການ​ສຶກ​ສານີ້, ລວມ​ທັງ ແຕ່ບໍ່​ຈຳ​ກັດ​ແຕ່​ການ​ວິ​ນິດ​ໄສ, ປະ​ຫວັດ ແລະ ການ​ສຶກ​ສາ​ທາງ​ດ້ານ​ຮ່າງ​ກາຍ, ຫ້ອງ​ປະ​ຕິ​ບັດ​ການ ຫຼື ການ​ສຶກ​ສາເນື້ອ​ເຍື່ອ, ການ​ສຶກ​ສາ​ລັງ​ສີ​ວິ​ທະ​ຍາ, ຜົນ​ການ​ດຳ​ເນີນ​ການ.
* ບັນ​ທຶກ​ການ​ຢ້ຽມ​ຢາມ​ການ​ຄົ້ນ​ຄ້​ວາ ແລະ ການ​ທົດ​ສອບ​ການ​ຄົ້ນ​ຄ້​ວາ
* ການ​ທົດ​ສອບ​ທາງ​ດ້ານ​ຮ່າງ​ກາຍ
* ການ​ຕິດ​ເຫຼົ້າ, ການ​ນຳ​ໃຊ້ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບ​ຕິດ
* ການ​ທົດ​ສອບສຳ​ລັບ ຫຼື ການ​ຕິດ​ເຊື້ອກັບ​ພະ​ຍາດ​ທີ່​ສາ​ມາດ​ລາຍ​ງານ​ຕໍ່​ພະ​ແນກ​ສາ​ທາ​ລະ​ນະ​​ສຸກ, ລວມ​ທັງ ແຕ່ບໍ່​ຈຳ​ກັດ​ແຕ່: ໄວຣັສພູມຕ້ານທານບົກ​ຜ່ອງຂອງມະນຸດ (HIV), ພະ​ຍາດຕັບອັກເສບ (ທຸກ​ຮູບ​ແບບ) ວັນນະໂລກ ຫຼື​ພະ​ຍາດ​ຕິດ​ຕໍ່​ທາງເພດ​ສຳ​ພັນອື່​ນໆ.
* ການທົດ​ລອງ​ສຳ​ລັບເຊວ​ງໍ
* ຕົວຢ່າງເນື້ອ​ເຍື່ອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ມີຕົວຢ່າງ.
* ການຮຽກເກັບເງິນ ຫຼື ຂໍ້​ມູນ​ທາງ ການເງິນ
* ອື່ນໆ (ກະ​ລຸ​ນາ​ລະ​ບຸ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

[Delete this section if there are no optional study procedures.]

**ການອະນຸຍາດຂອງ HIPAA ສຳ ລັບຂັ້ນຕອນການສຶກສາເພີ່ມເຕີມທີ່ເປັນທາງເລືອກ**

ໃນການສະຫຼຸບສັງ​ລວມ​ການ​ສຶກ​ສາ, ທ່ານ​ຈະ​ໄດ້​ຮັບ​ທາງເ​ລືອກ​ເພື່ອ​ເຫັນ​ດີນຳ​ຂັ້ນ​ຕອນ​ດຳ​ເນີນ​ການຄົ້ນ​ຄວ້າ​ເພີ່ມ​ເຕີມ​ເປັນ​ທາງ​ເລືອກ. ນອກ​ນັ້ນທ່ານຕ້ອງ​ໃຫ້ການອະ​ນຸ​ຍາດຂອງ​ທ່ານ​ແກ່​ພວກເຮົາພາຍ​ໃຕ້​ກົດ​ລະ​ບຽບ​ຂອງ HIPAA ເພື່ອ​ນຳ​ໃຊ້ ແລະ ເປີດ​ເຜີຍຂໍ້​ມູນ​ທີ່​ໄດ້​ເກັບເອົາຈາກ​ຂັ້ນ​ຕອນດຳ​ເນີນ​ການ​ທາງ​ເລືອກ​ເຫຼົ່າ​ນີ້ຕາມ​ທີ່​ໄດ້​ອະ​ທິ​ບາຍ​ໄວ້​ຂ້າງ​ເ​ທິງ.

[If applicable] ບາງ​ສ່ວນ​ຂ​ອງ​ຂັ້ນ​ຕອນ​ການດຳ​ເນີນ​ການ​ທາງ​ເລືອກ​ເຫຼົ່າ​ນີ້ອາດ​ຈະກວມ​ເອົາ​ການ​ທົດ​ສອບ​ກຳ​ມະ​ພັນ ຫຼື ການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນກຳ​ມະ​ພັນຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນທາງກຳ​ມະ​ພັນຂອງທ່ານຈະ​ຖືກ​ໃຊ້​ສຳ​ລັບ​ການ​ຄົ້ນ​ຄວ້າ ແລະ ຈະ​ບໍ່ຖືກ​ເປີດ​ເຜີຍໃຫ້ຜູ້​ອື່ນທີ່​ມີຂໍ້​ມູນ​ອື່ນໆ​ທີ່​ລະ​ບຸຕົວ​ທ່ານ. [If applicable] ຂໍ້ມູນກຳມະ​ພັນທີ່​ລະ​ບຸຕົວຕົນ​ໄດ້ຈະ​ຖືກ​ເປີດ​ເຜີຍໃຫ້:

ຖ້າ​ຫາກ​ທ່ານ​ປະ​ຕິ​ເສດ​ທີ່​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ນຳ​ໃຊ້ ແລະ ເປີດ​ເຜີຍ​ຂໍ້​ມູນຂອງ​ທ່ານໃຫ້​ແກ່​ພວກ​ເຮົາ, ທ່ານ​ຈະ​ບໍ່​ສາ​ມາດ​ມີ​ສ່ວນ​ຮ່ວມ​ໃນ​ຂັ້ນ​ຕອນ​ທາງ​ເລືອກເຫຼົ່ານີ້, ແຕ່​ທ່ານ​ຍັງ​ສາ​ມາດ​ເຂົ້າ​ຮ່ວມ​ໃນ​ການ​ສຶກ​ສາຕົ້ນ​ຕໍ​ໄດ້. ກາ​ລຸ​ນາຂຽນ​ຊື່​ທາງ​ໃສ່ຂ້າງ​ຕົວ​ເລືອກ​ຂອງ​ທ່ານ:

\_\_\_\_\_ ຂ້ອຍໃຫ້ການອະນຸຍາດນຳ​ໃຊ້ ແລະ ເປີດ​ເຜີຍ​ຂໍ້​ມູນ​ຂອງ​ຂ້ອຍ​ຈາກ​ຂັ້ນ​ຕອນ​ດຳ​ເນີນ​ການ​ທາງ​ເລືອກ​ທີ່​ຂ້ອຍ​ເຫັນ​ດີ​ຢູ່​ຂ້າງ​ເທິງຕາມທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກນີ້.

\_\_\_\_\_ ຂ້ອຍ**ບໍ່ໃຫ້**ການອະນຸຍາດນຳ​ໃຊ້ ແລະ ເປີດ​ເຜີຍ​ຂໍ້​ມູນ​ຂອງ​ຂ້ອຍ​ສຳ​ລັບ​ຂັ້ນ​ຕອນ​ດຳ​ເນີນ​ການ​ທາງ​ເລືອກ​ໃດ​ໜຶ່ງ,ຂ້ອຍເຂົ້າ​ໃຈ​ວ່າ ຂ້ອຍ​ຈະ​ບໍ່​ເຂົ້າ​ຮ່ວມ​ໃນ​ການ​ດຳ​ເນີນ​ຂັ້ນ​ຕອນ​ຕາມ​ທາງ​ເລືອກ​ໃດໆ.

***ຕ້ອງ​ຕື່ມ​ໂດຍ​ຜູ້​ເຂົ້າ​ຮ່ວມເທົ່າ​ນັ້ນ***

ກາ​ລຸ​ນາ**ຂຽນ**ຊື່​ຂອງ​ທ່ານ, **ເຊັ​ນ** ແລະ **ລົງວັນທີ**ຢູ່​ລຸ່ມ​ຖ້າ​ຫາກ​ທ່ານ​ເຫັນ​ດີ​ທີ່​ຈະ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ໃຫ້​ນຳໃຊ້ ແລະ ເປີດ​ເຜີຍ​ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ຖືກຄຸ້ມ​ຄອງຂອງທ່ານ​ຕາມ​ທີ່​ໄດ້​ອະ​ທິ​ບາຍ​ໄວ້​ທາງ​ເທິງ​ສຳ​ລັບ​ການ​ສຶກ​ສານີ້ ແລະ ການ​ສຶກ​ສາ​ທາງ​ເລືອກ​ໃດ​ໜຶ່ງ​ທີ່ທ່ານ​ເຫັ​ນ​ດີ​ເຂົ້າ​ຮ່ວມ​ໂດຍຜ່ານ​ແບບ​ຟອມ​ການ​ຍິນຍອມ. ໂດຍ​ການ​ເຊັນ​ແບບ​ຟອມ​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ນີ້, ທ່ານ​ຈະບໍ່​ຍົກ​ເລີກ​ອັນ​ໃດ​ໃນ​ສິດ​ຕາມ​ກົດ​ໝາຍ​ຂອງ​ທ່ານ. ພວກ​ເຮົາ​ຈະເອົາ​ສຳ​ເນົາ​ແບບ​ຟອມ​ທີ່​ມີ​ລາຍ​ເຊັນ​ແລ້ວ​ນັ້ນ​ໃຫ້​ທ່ານສະ​ບັບ​ໜຶ່ງ​ເພື່ອ​ເກັບ​ໄວ້.

**ຊື່ຂອງ​ຜູ້​ເຂົ້າ​ຮ່ວມ**

**ລາຍ​ເຊັນ​ຂອງ​ຜູ້​ເຂົ້າ​ຮ່ວມ (18 ປີ​ຂຶ້ນ​ໄປ ແລະ ສາມາດຍິນຍອມໄດ້) ວັນ​ທີ**

**ລາຍ​ເຊັນ​ຂອງຜູ້​ຕາງ​ໜ້າ​ໄດ້​ຮັບ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ຕາມ​ກົດ​ໝາຍທີ່​ມີ​ອຳ​ນາດສຳ​ລັບ ວັນ​ທີ**

**ການ​ຕັດ​ສິນ​ການ​ຄົ້ນ​ຄວ້າ (ຖ້າ​ມີ)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ຂອງ​ຜູ້​ຕາງ​ໜ້າ​ໄດ້​ຮັບ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ຕາມ​ກົດ​ໝາຍ ຫຼື ຄວາມ​ສຳ​ພັນ​ກັບ​ຜູ້​ເຂົ້າ​ຮ່ວມ (ຖ້າ​ມີ)**