Pamagat ng Pag-aaral:

Pangunahing Tagapagsiyasat:

ID ng IRB:

Ano ang dokumentong ito?

Ito ay isang form ng Pahintulot ng HIPAA. Ilalarawan nito kung paano magagamit ang impormasyon ng iyong kalusugan para sa pag-aaral na ito at kanino. Ang paglagda sa form na ito ay nagpapahiwatig na payag kang gamitin ang impormasyon ng iyong kalusugan para sa pag-aaral na ito.

Ano ang susunod kong gagawin?

1. Basahin ang form na ito, o ipabasa ito sa iyo.

2. Siguruhin na naipaliwanag sa iyo ng doktor ng pag-aaral o kawani ng pag-aaral ang form.

3. Magtanong (tulad ng nakatalagang oras, hindi pamilyar na mga salita, atbp.)

4. Pag-isipan ang pagsasaalang-alang nito, at ipakipag-usap ito sa iyong pamilya at mga kaibigan.

Sino ang makakakita ng impormasyon ko sa pananaliksik?

Ang University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus at ang mga sistemang pangkalusugan kung saan ito nagtatrabaho ay may mga tuntunin para protektahan ang impormasyon tungkol sa iyo. Ang mga batas ng pederal at estado kabilang ang (Batas Sa Kakayahang Dalhin at Pananagutan ng Seguro sa Kalusugan) o Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) ay nagpoprotekta rin sa iyong pagkapribado. Ang form ng Pahintulot na ito ay nagsasabi sa iyo kung anong impormasyon tungkol sa iyo ang maaaring kolektahin sa pag-aaral na ito at kung sino ang maaaring makakita o makagamit nito.

Kabilang sa mga intitusyong sangkot sa pag-aaral na ito ang:

[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
* University of Colorado Health
* Children’s Hospital Colorado
* Denver Health and Hospital Authority

Ang mga tala na na tumutukoy sa iyo, at ang form na pahintulot at ang form ng awtorisasyong ito na nilagdaan mo ay maaaring makita ng ibang nakalista sa ibaba na may ligal na karapatang makita ang impormasyong iyon:

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

* Ang mga pederal na opisina tulad ng Office of Human Research Protection at ang Food and Drug Administration (FDA) na nagpoprotekta sa mga pinag-aaralan sa pananaliksik na tulad mo.
* Ang mga tao sa University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus na sangkot sa pananaliksik.
* Ang mga tao sa Institutional Review Board (IRB) (Lupon ng Pang-institusyong Pagsusuri) na may pananagutang repasuhin ang pag-aaral na ito.
* Ang doktor ng pag-aaral at ang kanyang team ng mga tagapagsaliksik.
* [Insert sponsor name], Na nagbabayad para sa pananaliksik na pag-aaral na ito.
* Mga opisyal sa mga institusyon kung saan isinasagawa ang pananaliksik at mga opisyal sa ibang mga institusyong sangkot sa pag-aaral na ito na nakatalaga sa pagtiyak na sinusunod namin ang lahat ng mga tuntunin para sa pananaliksik.
* [Add any other groups or entities that have legal authority to audit identifiable study records.]

Maaaring gamitin moa ng impormasyon at isiwalat para magsagawa ng pananaliksik, para pag-aralan ang mga resulta, at para tiyakin na ang pananaliksik ay isinagawa ng tama.

Maaari naming pag-usapan ang tungkol sa pag-aaral na pananaliksik na ito sa mga pagpupulong. Maaari din naming ilathala ang mga resulta ng pananaliksik na pag-aaral na ito may kinalaman sa mga journal. Pero lagi naming pananatilihing lihim ang mga pangalan ng mga pinag-aaralan sa pananaliksik, tulad mo.

May karapatan kang humiling na makuha ang protektadong impormasyon sa kalusugan mula sa tagapagsiyasat. [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.]

Hindi natin magagawa ito nang walang pahintulot mo para makita, gamitin at ipamigay ang impormasyon. Hindi mo na kailangang ibigay sa amin ang pahintulot na ito. Kung hindi ka nagbigay, hindi ka makakasali sa pag-aaral na ito.

Titingnan namin, gagamitin at isisiwalat lang namin ang iyong impormasyon katulad ng inilarawan sa form ng pahintulot para sa pag-aaral na ito at sa form ng pahintulot na ito at sa aming Mga Kasanayan sa Abiso ng Pagkapribado; gayunman, ang mga tao sa labas ng

 University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus at sa mga kasamahan nito ay maaaring hindi sakop ng pangakong ito at ang impormasyon mo ay maaaring maisiwalat nang walang pahintulot mo.

Gagawin namin ang lahat upang panatilihing kumpidensiyal ang mga record mo, gayunman, hindi ito maigagarantiya.

Ang paggamit at pagsisiwalat ng impormasyon mo ay walang limit ng oras. Maaari mong kanselahin ang pahintulot mo para gamitin at isiwalat ang impormasyon mo anumang oras sa pamamagitan ng Pangunahing Tagapagsiyasat sa pag-aaral, at ang pangalan at adres na nakatala sa ibaba. Kapag kinansela mo ang pahintulot mo sa paggamit at pagsisiwalat ng iyong impormasyon, ang bahagi mo sa pag-aaral na ito ay matatapos at walang karagdagang impormasyon tungkol sa iyo ay kokolektahin. Ang pagkansela mo ay hindi makakaapekto sa impormasyon na nakolekta na sa pag-aaral na ito.

 [Add PI Name and Mailing Address]

Kung sang-ayon ka sa makabilang sa pag-aaral na ito, makakatanggap ka ng pinirmahan at may petsang kopya ng form ng pahintulot na ito para sa iyong mga record.

[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]

**Ang tagapagsiyasat (o tauhan na gumaganap sa ngalan ng tagapagsiyasat) ay magiging available din** ang lahat o ilan **sa sumusunod na impormasyon ng kalusugan tungkol sa iyo sa:**

* [Organisasyon]

[Delete the following paragraph if not applicable.]

Sangkot sa ilan sa mga pamamaraan ng pananaliksik ang genetic testing o ang paggamit ng iyong genetic na ipormasyon. Ang genetic na impormasyon mo ay gagamitin para sa pananaliksik at hindi ilalabas sa iba gamit ang ibang impormasyon na tutukoy sa iyo. [Add if applicable.] Ang nakikilalang genetic na impormasyon ay ilalabas sa:

**Ang impormasyon tungkol sa iyo na makikita, kokolektahin, gagamitin at isisiwalat sa pag-aaral na ito:**

[Delete all that do not apply]

* Pangalan at Demograpikong impormasyon (edad, kasarian, etnisidad, adres, numero ng telepono, atbp.)
* Ang social security number mo
* Ang mga bahagi ng iyong dati at kasalukuyang mga Medical Record na nauugnay sa pag-aaral na ito, kabilang ngunit hindi limitado sa mga Diyagnosis, Kasaysayan at Pisikal, laboratoryo o pag-aaral ng tisyu, mga pag-aaral ng radiology, mga resulta ng pamamaraan
* Mga tala ng Pananaliksik na Pagpapatingin at Pananaliksik na Pagsusuri
* Mga pagsusuring sikolohikal
* Alkoholismo, Alak, o Pag-abuso sa droga
* Ang pagsusuri para sa o impeksyon na may mga sakit na nirereport sa departamento ng Pampublikong Kalusugan, kabilang ngunit hindi limitado sa: Human Immunodeficiency Virus (HIV), hepatitis (lahat ng uri) tuberkulosis, o iba pang sakit na naisasalin sa pamamagitan ng pakikipagtalik.
* Pagsusuri sa sickle cell
* Mga sample ng tisyu at data na may mga sample.
* Billing o pinansiyal na impormasyon
* Iba pa (paki tukoy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Pahintulot para sa Pamamaraan ng Opsyonal na Karagdagang Pag-aaral ng HIPAA**

Sa buod ng pag-aral, binigyan ka ng opsyon para sumang-ayon sa karagdagan, opsyonal na mga paraan ng pananaliksik. Dapat mo rin kaming bigyan ng iyong pahintulot, sa ilalim ng mga tuntunin ng HIPAA, para gamitin at isiwalat ang impormasyong nakolekta mula sa mga opsyonal na pamamaraang ito, katulad ng inilarawan sa itaas.

[If applicable] Kabilang sa ilan sa mga opsyonal na pamamaraang ito ang genetic na pagsusuri o ang paggamit ng genetic mong impormasyon. Ang genetic na impormasyon mo ay gagamitin para sa pananaliksik at hindi ilalabas sa iba gamit ang ibang impormasyong tutukoy sa iyo. [If applicable] Ang nakikilalang genetic na impormasyon ay ilalabas sa:

Kapag tumanggi kang magbigay sa amin ng impormasyon na gamitin at isiwalat ang iyong impormasyon, hindi ka makakasali sa mga opsyonal na mga procedure, pero makakasali ka pa rin sa pangunahing pag-aaral. Mangyaring lagyan ng inisyal ng iyong pangalan ang napili mo:

\_\_\_\_\_ Nagbibigay ako ng pahintulot para sa aking impormasyon, mula sa opsyonal na mga pamamaraan sumang-ayon ako sa itaas na gamitin at isiwalat ang inilarawan sa seksyong ito.

\_\_\_\_\_ **Hindi** ako nagbibigay ng pahintulot para sa aking impormasyon na gamitin at isiwalat para sa anumang opsyonal na mga procedure; Nauunawaan ko na hindi ako sasali sasali sa anumang opsyonal na mga procedure.

***PARA LANG SAGUTAN NG PINAG-AARALAN***

Mangyaring **i-print** ang pangalan mo, **pirmahan**, at **petsahan** sa ibaba kung sang-ayon ka na pahintulutan ang paggamit at pagsisiwalat ng iyong protektadong impormasyon sa kalusugan katulad ng inilarawan sa itaas para sa pag-aaral na ito at anumang opsyonal na mga pag-aaral na sinang-ayunan mong salihan sa pamamagitan ng form ng pahintulot. Sa pamamagitan ng paglagda sa form ng pahintulot na ito, hindi mo isusuko ang alinman sa mga ligal na karapatan mo. Bibigyan ka namin ng kopya ng nilagdaang form para itago.

**Pangalan ng Pinag-aaralan**

**Lagda ng Pinag-aaralan (18 o mas matanda at kayang magbigay Petsa**

**ng pahintulot)**

**Lagda ng Ligal na Awtorisadong Kinatawan kasama ang Petsa**

**awtoridad para sa mga desisyon ng pananaliksik (kung naaangkop)**

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

**Kapangyarihan ng Ligal na Awtorisadong Kinatawan o Relasyon sa Pinag-aaralan (kung naaangkop)**