

ມະຫາວິທະຍາໄລ ແຫ່ງລັດ ໂອໄຮໂອ
ການອະນຸຍາດເພື່ອໃຊ້
ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວດ້ານສຸຂະພາບເຂົ້າໃນການວິໄຈ

ຫົວຂໍ້ການສຶກສາ:

ໝາຍເລກລະບຽບ OSU ເລກທີ :

ຜູ້ຕິດຕາມຫຼັກ :

ຊີວິຊາ _____

ກ່ອນທີ່ນັກວິໄຈຈະໃຊ້ ຫຼື ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານເຂົ້າເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສຶກສານີ້, ມະຫາວິທະຍາໄລແຫ່ງລັດໂອໄຮໂອ ຖືກກຳນົດໃຫ້ຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດຈາກທ່ານເສຍກ່ອນ. ຂ້າງລຸ່ມນີ້ຈະຊ່ວຍອະທິບາຍຕໍ່ທ່ານວ່າຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນກັບຜູ້ອື່ນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໃນການສຶກສານີ້ແນວໃດ.

- ມະຫາວິທະຍາໄລແຫ່ງລັດໂອໄຮໂອ, ໂຮງໝໍແຫ່ງມະຫາວິທະຍາໄລແຫ່ງລັດໂອໄຮໂອ, ຄລິນິກ, ແລະ ສູນໃຫ້ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບປະຈຳມະຫາວິທະຍາໄລ ແລະ ນັກວິໄຈຖືກກຳນົດໃຫ້ປົກປ້ອງຄວາມລັບສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.
- ທ່ານຄວນໄດ້ຮັບແຈ້ງການການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບໃນທີ່ນີ້. ຖ້າບໍ່ໄດ້ຮັບ, ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຊາບແລະທ່ານຈະໄດ້ຮັບສຳເນົາຂອງໃບແຈ້ງການນັ້ນ. ກະລຸນາທົບທວນຂໍ້ມູນນີ້ຢ່າງລະອຽດ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມຫຼືບໍ່ເຂົ້າໃຈສ່ວນໃດໃນໃບແຈ້ງການນີ້ຂໍໃຫ້ຖາມພວກເຮົາ.
- ຖ້າທ່ານເຫັນດີເຂົ້າຮ່ວມໃນການເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສຶກສານີ້, ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະຖືກໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນກັບຜູ້ອື່ນທີ່ມີສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງໃນການສຶກສາຄັ້ງນີ້. ນອກຈາກນັ້ນ, ທຸກຂໍ້ມູນໃໝ່ດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ມາຈາກການທົດສອບ ຫຼື ພາກສ່ວນອື່ນໆຂອງການສຶກສານີ້ຈະຖືກແບ່ງປັນກັບຜູ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການສຶກສານີ້.

- ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານທີ່ຈະໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນກັບຜູ້ອື່ນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການສຶກສານີ້ອາດຈະລວມທັງບັນທຶກການວິໃຈ ແລະ ບັນທຶກດ້ານສຸຂະພາບໃນມະຫາວິທະຍາໄລແຫ່ງລັດ ໂອໄຮໂອ, ເຊັ່ນວ່າ ນີ້ອາດຈະລວມບັນທຶກດ້ານການແພດຂອງທ່ານ, ຜົນການສາຍແສງ ເອັກສ໌ ເຣຍ໌ ຫຼື ຜົນກວດສອບໃນຫ້ອງທົດລອງເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ການບັນທຶກກ່ຽວກັບການຮັກສາດ້ານສຸຂະພາບຈິດຂອງທ່ານ (ຖ້າມີ) ຈະບໍ່ຖືກແບ່ງປັນ ຫຼື ຖືກນຳໃຊ້. ການໃຊ້ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວ ຕ້ອງການການເຊັນອານຸຍາດແຍກຕ່າງຫາກ.

ກະລຸນາອ່ານຂໍ້ມູນຢ່າງລະອຽດກ່ອນເຊັນແບບຟອມນີ້. ກະລຸນາຖາມຖ້າຫາກທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບການອານຸຍາດ, ແຈ້ງການການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຈາກທາງມະຫາວິທະຍາໄລ ຫຼື ການສຶກສານີ້ກ່ອນເຊັນໃນແບບຟອມນີ້.

ລາຍເຊັນ/ວັນທີ່ _____

ບຸກຄົນທີ່ອາດຈະໃຊ້, ແບ່ງປັນ ແລະ ຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໃນຖານະທີ່ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສຶກສາຄັ້ງນີ້

- ບັນດານັກວິໃຈ, ພະນັກງານໃນມະຫາວິທະຍາໄລ ແຫ່ງລັດ ໂອໄຮໂອ ຈະນຳໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນ ແລະ ຮັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານສຳລັບການສຶກສາວິໃຈຄັ້ງນີ້. ພະນັກງານຂອງມະຫາວິທະຍາໄລ ແຫ່ງລັດ ໂອໄຮໂອທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງໃນການສຶກສານີ້, ແຕ່ອາດຈະກາຍມາເປັນຜູ້ກ່ຽວຂ້ອງໃນການເບິ່ງແຍງທ່ານເພື່ອການສຶກສາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານຈະສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ.
- ຜູ້ທີ່ມີໜ້າທີ່ຄວບຄຸມການສຶກສານີ້ຈະສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ ລວມທັງ:
 - ສະມາຊິກ ແລະ ພະນັກງານໃນຄະນະກຳມະການທົບທວນສະຖາບັນຂອງມະຫາວິທະຍາໄລ ແຫ່ງລັດ ໂອໄຮໂອ, ລວມທັງຄະນະກຳມະການທົບທວນສະຖາບັນແຫ່ງພາກຕາເວັນຕົກ.
 - ຫ້ອງການຮັບຜິດຊອບການວິໃຈ
 - ຄະນະກຳມະການຕິດຕາມຄວາມປອດໄພຂອງຂໍ້ມູນໃນມະຫາວິທະຍາໄລ
 - ມູນລະນິທິວິໃຈຂອງມະຫາວິທະຍາໄລແຫ່ງລັດ ໂອໄຮໂອ
- ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານອາດຈະຍັງຖືກແບ່ງປັນກັບໜ່ວຍງານຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ ທີ່ອາດຈະເຫັນການສຶກສາ ຫຼື ໃຜຜູ້ໃດທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ຈາກການກຳໜົດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ. ບຸກຄົນເຫຼົ່ານີ້ອາດລວມທັງ:
 - ອົງການອາຫານ ແລະ ຢາ
 - ຫ້ອງການປ້ອງກັນການວິໃຈມະນຸດ
 - ສະຖາບັນສຸຂະພາບແຫ່ງຊາດ
 - ກອງບໍລິການມະນຸດແຫ່ງລັດ ໂອໄຮໂອ

ນັກວິໃຈເຫຼົ່ານີ້, ບັນດາບໍລິສັດ ແລະ/ຫຼື ອົງກອນ(ຫຼື ຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງອົງກອນ) ນອກຈາກມະຫາວິທະຍາໄລແຫ່ງລັດ ໂອໂຮໂອຍັງອາດໃຊ້, ແບ່ງປັນ, ແລະ ຮັບຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານທີ່ມີສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງກັບການສຶກສານີ້:

- ສິ່ງອໍານວຍຄວາມສະດວກດ້ານສຸຂະພາບຕ່າງໆ, ສູນວິໃຈ, ນັກວິໃຈ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ແລະ ຜູ້ທີ່ຕິດຕາມການສຶກສາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການສຶກສານີ້:
- ຫ້ອງທົດລອງພາກເອກະຊົນແລະບຸກຄົນອື່ນໆ ແລະ ບັນດາອົງກອນທີ່ວິເຄາະຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການສຶກສານີ້:
- ຜູ້ສະໜັບສະໜຸນການວິໃຈແລະ ເຈົ້າຂອງບໍລິສັດ ຫຼື ຜູ້ທີ່ມີສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງກັບຜູ້ສະໜັບສະໜຸນ:
- ອົງກອນ(ຫຼື ຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງອົງກອນ) ທີ່ເປັນຄູ່ສັນຍາໃນການວິໃຈ:
- ຄະນະກຳມະການຕິດຕາມຂໍ້ມູນທີ່ເປັນອິດສະຫຼະ ແລະ ປອດໄພ ແລະບຸກຄົນອື່ນທີ່ຕິດຕາມການສຶກສານີ້
- ຜູ້ອື່ນໆ:

ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກແບ່ງປັນກັບຄົນທີ່ກ່າວມາຂ້າງເທິງນັ້ນຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຈາກກົດລະບຽບແຫ່ງລັດຖະບານກາງກ່ຽວກັບຄວາມລັບສ່ວນຕົວອີກຕໍ່ໄປ.

ລາຍເຊັນ/ວັນທີ _____

ໄລຍະຂອງການອານຸຍາດ

ການອະນຸຍາດນີ້ຈະບໍ່ໝົດອາຍຸນອກຈາກວ່າທ່ານປ່ຽນໃຈ ແລະ ຍົກເລີກເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ບໍ່ມີການຕັ້ງວັນທີ່ໄວ້ວ່າເມື່ອໃດທີ່ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຈະຖືກທຳລາຍ ແລະ ບໍ່ໃຊ້ອີກ. ນີ້ກໍ່ຍ້ອນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໃຊ້ ແລະ ສ້າງຂຶ້ນໃນລະຫວ່າງການສຶກສາອາດຕ້ອງວິເຄາະຫຼາຍປີ, ແລະ ເປັນໄປບໍ່ໄດ້ທີ່ຈະຮູ້ວ່າເມື່ອໃດການສຶກສານີ້ຈະສຳເລັດ.

ການເຊັນອານຸຍາດ

- ທ່ານມີສິດປະຕິເສດການເຊັນອານຸຍາດນີ້. ການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຂອງທ່ານນອກຈາກການສຶກສານີ້, ການຈ່າຍຄ່າຮັກສາສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດດ້ານການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຫຍັງ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານເລືອກທີ່ຈະບໍ່ເຊັນໃນແບບຟອມນີ້.
- ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສຶກສາໃນຄັ້ງນີ້ ແລະ ຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຮັກສາທີ່ໃຊ້ໃນການສຶກສານີ້ຖ້າທ່ານບໍ່ເຊັນໃນແບບຟອມນີ້.
- ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານເຊັນການອານຸຍາດນີ້, ທ່ານກໍ່ອາດສາມາດປ່ຽນໃຈໄດ້ທຸກເວລາ. ນັກວິໄຈອາດສືບຕໍ່ໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານທີ່ເກັບໄດ້ຈົນເຖິງເວລາທີ່ທ່ານປ່ຽນໃຈຢ່າງເປັນທາງການ. ຖ້າທ່ານປ່ຽນໃຈ, ການອານຸຍາດຂອງທ່ານຕ້ອງຖືກຍົກເລີກເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ກະລຸນາຂຽນຫາບຸກຄົນຕໍ່ໄປນີ້ເພື່ອຍົກເລີກການອານຸຍາດ:

ຫຼື

Kathleen Ojala, RN, JD, MHA, HIPAA Privacy Manager, the Ohio State University Medical Center, 2375 Cramblett Hall, 456 W. Tenth Avenue, Columbus, Ohio 43210, Telephone: (614) 2934477.

- ການເຊັນໃນການອານຸຍາດນີ້ຍັງໝາຍຄວາມວ່າທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເຫັນ ຫຼື ໄດ້ສຳເນົາຂໍ້ມູນຂອງທ່ານທີ່ກ່ຽວກັບການສຶກສາຈົນກວ່າການສຶກສາຈະສຳເລັດ. ນີ້ລວມທັງສ່ວນຕ່າງໆຂອງບັນທຶກດ້ານການແພດຂອງທ່ານທີ່ອະທິບາຍກ່ຽວກັບການສຶກສາ.

ການຕິດຕໍ່ເພື່ອຖາມຄຳຖາມ

- ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບສິດໃນການຮັກສາຄວາມລັບສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່: Kathleen Ojala, RN, JD, MHA, HIPAA Privacy Manager, the Ohio State University Medical Center, 2375 Cramblett Hall, 456 W. Tenth Avenue, Columbus, Ohio 43210, Telephone: (614) 2934477.
- ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບການວິໄຈກະລຸນາຕິດຕໍ່:

ລາຍເຊັນ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ (ຫຼືໄດ້ມີຄົນອ່ານໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຟັງ) ແບບນີ້ ແລະ ໄດ້ຖາມຄໍາຖາມ. ທຸກຄໍາຖາມ
ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຕອບຢ່າງໜ້າພໍໃຈ, ດ້ວຍການເຊັນໃນຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າອານຸຍາດໃຫ້
ລາຍຊື່ໃນແບບນີ້ໄດ້ ແລະ ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບສໍາ
ເນົາຂອງຟອມນີ້ ພາຍຫລັງການລົງລາຍເຊັນນີ້. ແລະບຸກຄົນອື່ນທີ່ມີ

ລາຍເຊັນ _____

(ຜູ້ອານຸຍາດ ຫຼື ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບອານຸຍາດເປັນຕົວແທນທາງກົດໝາຍ)

ໜ້າ _____

(ຂຽນຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງ)

(ຖ້າແມ່ນຕົວແທນດ້ານກົດໝາຍໃຫ້ຂຽນຄວາມສໍາພັນກັບຜູ້ອານຸຍາດດ້ວຍ.)

ວັນທີ _____ ເວລາ _____ AM / PM