加利福尼亚州——健康与公共服务局

加州公共卫生部

RONALD W. CHAPMAN, MD, MPH
部长: 罗纳德 • W. • 查普曼博士

EDMUND
州长：埃德蒙• 布朗

参与计划以及健康信息使用和披露同意书

加州结肠癌控制计划

加州公共卫生部正在与您的主要医疗服务提供者合作，以达到加州结直肠癌控制计划所设定的如下目标:

- 提高公众对于结直肠癌定期筛检重要性的认识
- 帮助医疗专业人员提供和推广高质量的结直肠癌筛查服务
- 提高50岁以上男性与女性接受结直肠癌筛查的人数

您的主要医疗服务提供者将提供所有大肠癌筛查及服务，并将这些测试的结果向加州公共卫生部的加州直肠癌控制计划报告。**签署本同意书，即代表您愿意参与为期一年的加州结肠癌控制计划（简称“计划”）。**如要在明年参与本计划，您必须签署一份新的同意书才能参加。您的主要医疗服务提供者会与您联络，以便告知您何时需要接受再次筛查。无论您是否参与本计划，您的主要医疗服务提供者都会继续为您提供医疗服务。

为了确定您是否符合参与本计划的资格，您的主要医疗服务提供者会收集或审查个人信息，如：您的姓名、地址、出生日期、收入、种族/族裔，以及一些家庭及个人健康史。您的主要医疗服务提供者会将您的结直肠癌筛查结果提供给您。您的主要医疗服务提供者会妥善保存您的医疗记录。

只有您的筛查和诊断测试的结果（不包括您的个人健康信息）会被送到加州公共卫生部，接受“隐私权实施通则”中所描述的应用。所有信息都会按照卫生部癌症检测组“隐私权实施通则”所描述的规定得到保护，而您也会在得到本同意书的同时得到一份“隐私权实施通则”。根据“隐私权实施通则”，您有权查阅或索取癌症检测组保存的关于您的保健记录副本。

您将会收到本同意书的副本一份，以便存底。如果您有任何问题，请洽询您的主要医疗服务提供者。

本人_____（以印刷体填写完整的法定姓名），已提供了正确和完整的信息，并同意参与加州公共卫生部的加州结肠癌控制计划。我也同意我的医疗信息可以按照以上说明和“隐私权实施通则”之规定进行使用和披露。我了解签署本表格即代表本人同意参与该计划。我也清楚如要参与明年的计划，我必须签署一份新的同意书才能参加。

加州公共卫生部加州结肠癌控制计划已将其“隐私权实施通则”告知与我，其中包含有关如何使用和披露我的健康信息的更详细的描述。在签署本同意书之前，我已被赋予了审阅该“隐私权实施通则”的权利。我了解加州公共卫生部癌症检测组有随时更改其“隐私权实施通则”的权利，而我也可以随时就本同意书底部所列地址与癌症检测组进行联络，以索取最新版的“隐私权实施通则”的副本。

我了解我可以书面要求加州公共卫生部癌症检测组，限制我的健康信息在进行治疗、付款或医疗保健业务方面的使用或披露。我也明白加州公共卫生部癌症检测组可以不同意我要求的限制，但如其同意，则必须遵守这些限制。

我了解我随时都可以书面提出撤销本同意书，并随后停止对于我的信息的使用和披露。我不能阻止或逆转在撤销我的同意书之前业已发生的癌症检测组对于我的信息的使用或披露。

如果我代表其他人签署本同意书，那是因为我是其法定监护人、父母或作为具有合法有效的保健委托法律授权书的代理人、具有法定授权代表其签署本同意书。

_____ _____

签名 日期（年月日）

我已收到一份癌症检测组的“隐私权实施通则”副本一份。

_____ _____

签名 日期（年月日）

仅在需要证人时才须填写：我已将此表格上的相关信息读给本表所载上述病人。尽我所知及所信，我认为该病人已了解这些信息，愿意参与本计划，并同意本同意书的条款。

_____ _____

签名 日期（年月日）

Cancer Detection Section, MS 7203, P.O. Box 997377, Sacramento, CA 95899-7377
(916) 449-5300
Internet Address: www.cdph.ca.gov