

ການຍິນຍອມຂອງຄົນເຈັບສໍາລັບການສ້າງຂໍ້ມູນໂມເລກຸນ – Massachusetts/Minnesota/Wyoming



ກະລຸນາອ່ານຢ່າງລະອຽດ ແລະ ປຶກສາກັບແພດຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ Caris ທີ່ PatientNavigator@CarisLS.com ຫຼື (888) 979-8669.

ສົ່ງອີເມວແບບຟອມທີ່ສໍາເລັດໄປຫາ PatientNavigator@CarisLS.com ຫຼື ແຟັກໄປ 866-479-4925.

ຂໍ້ມູນການທົດສອບ

ຈຸດປະສົງຂອງການສ້າງໂປຣໄຟລ໌ໂມເລກຸນ

ຂໍ້ມູນໂມເລກຸນທີ່ສົມບູນແບບຈາກ CarisLifeSciences® (Caris) ປະເມີນເຄື່ອງໝາຍຊີວະພາບທີ່ພົບເຫັນຢູ່ໃນເນື້ອງອກຫຼືເລືອດຂອງທ່ານ, ເປີດເຜີຍຮູບແບບໂມເລກຸນເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ (Health Care Provider, HCP) ຂອງທ່ານເຮັດການຕັດສິນໃຈການປິ່ນປົວທີ່ມີຂໍ້ມູນຫຼາຍຂຶ້ນແລະເປັນສ່ວນບຸກຄົນໂດຍສະເພາະກັບມະເຮັງຂອງທ່ານ.

ການສ້າງຂໍ້ມູນເລືອດເທົ່ານັ້ນ: ການຈັດລຽງໂມເລກຸນຂອງຕົວຢ່າງເລືອດຂອງ Caris ປະກອບມີການທົດສອບທາງກໍາມະພັນ (ເຊື້ອພະຍາດ/ເຊື້ອສາຍ), ເຊິ່ງສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວ່າມະເຮັງຂອງທ່ານຖືກຂັບເຄື່ອນໂດຍຕົວແປ DNA ທີ່ສືບທອດແລະຄວາມສ່ຽງຂອງທ່ານທີ່ຈະເປັນມະເຮັງຊະນິດອື່ນໆ ຫຼື ບັນຫາສຸຂະພາບອື່ນໆ. ຜົນການທົດສອບອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ບໍ່ຄາດຄິດແລະຜົນການທົດສອບຂອງທ່ານອາດມີຜົນສະທ້ອນຕໍ່ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການທີ່ຈະໄດ້ຮັບການໃຫ້ຄໍາປຶກສາທາງກໍາມະພັນກ່ອນທີ່ຈະຍິນຍອມໃຫ້ການທົດສອບ. ຖ້າທ່ານໃຫ້ຕົວຢ່າງເລືອດສໍາລັບການທົດສອບຂອງທ່ານ, ຜົນການທົດສອບເຊື້ອພະຍາດ/ເຊື້ອສາຍກໍາມະພັນອາດຈະປະກອບມີ:

ທາງບວກ: ຜົນໄດ້ຮັບໃນທາງບວກອາດຈະຊີ້ບອກວ່າທ່ານເປັນພາຫະ, ມີແນວໂນ້ມທີ່ຈະຫຼືມີພະຍາດສະເພາະຫຼືສະພາບທີ່ຖືກທົດສອບຫາ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບຜົນໄດ້ຮັບໃນທາງບວກ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ (Health Care Provider, HCP) ຂອງທ່ານທີ່ປຶກສາທາງກໍາມະພັນ. ທ່ານຫຼືສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານອາດຈະຖືກສົ່ງໄປກວດເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຍືນຢັນ.

ທາງລົບ: ຜົນໄດ້ຮັບທາງລົບຊື້ໃຫ້ເຫັນວ່າບໍ່ມີຕົວແປທີ່ເຮັດໃຫ້ເກີດພະຍາດໃນການທົດສອບທີ່ດໍາເນີນ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຜົນໄດ້ຮັບທາງລົບບໍ່ໄດ້ຮັບປະກັນວ່າທ່ານແລະຄອບຄົວຂອງທ່ານບໍ່ມີຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງກໍາມະພັນຫຼືເງື່ອນໄຂທາງການແພດອື່ນໆ ແລະ ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມອາດຈະສາມາດໃຊ້ໄດ້ໃນອະນາຄົດທີ່ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການຕິດຄວາມໝາຍຂອງຜົນການທົດສອບຂອງທ່ານ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, Caris ບໍ່ມີພັນທະໃນການອັບເດດ, ທົບທວນຄືນຫຼືປະເມີນຄືນຜົນໄດ້ຮັບຂອງການທົດສອບຕໍ່ມາຫຼັງຈາກຜົນໄດ້ຮັບເຫຼົ່ານັ້ນໄດ້ຖືກເຮັດໃຫ້ HCP ຂອງທ່ານມີແລ້ວ.

ການເກັບຕົວຢ່າງ

ຖ້າທ່ານຍິນຍອມໃຫ້ການທົດສອບ, ຕົວຢ່າງເລືອດແລະ/ຫຼືເນື້ອເຍື່ອຂອງທ່ານຈະຖືກສົ່ງໄປຫາ Caris, ບ່ອນທີ່ DNA ແລະ RNA ຈະຖືກສະກັດຈາກຕົວຢ່າງຂອງທ່ານແລະວິເຄາະ.

ຜົນການທົດສອບ

Caris ຈະລາຍງານຜົນການທົດສອບຂອງທ່ານໄປຫາ HCP ທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນແບບຟອມການຮ້ອງຂໍການທົດສອບ (ແລະໄປຫາ HCP ອື່ນໆທີ່ຮ້ອງຂໍໂດຍທີມງານປິ່ນປົວຂອງທ່ານ, ຖ້າມີ). ຜົນການທົດສອບເຄື່ອງໝາຍຊີວະພາບອາດຈະຊີ້ບອກວ່າເຄື່ອງໝາຍຊີວະພາບທີ່ຖືກທົດສອບແມ່ນມີຫຼືບໍ່ມີຢູ່ໃນຕົວຢ່າງຂອງທ່ານແລະອາດຈະກໍານົດລັກສະນະອື່ນໆຂອງມະເຮັງຂອງທ່ານ. ຜົນການທົດສອບຂອງທ່ານແມ່ນມີໃຫ້ຈາກ HCP ຂອງທ່ານ ຫຼື ຈາກ Caris ຕາມການຮ້ອງຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນຕາມກົດໝາຍທີ່ນໍາໃຊ້.

ຜົນປະໂຫຍດ, ຄວາມສ່ຽງ ແລະ ຂໍ້ຈຳກັດຂອງການທົດສອບກະມະພັນ

ຜົນປະໂຫຍດຂອງການທົດສອບອາດຈະປະກອບມີ: (i) ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມເພື່ອຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບສໍາລັບຕົວທ່ານເອງແລະສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ລວມທັງການສ້າງແຜນການຄຸ້ມຄອງຫຼືການປິ່ນປົວ; (ii) ການລົງທະບຽນທີ່ມີທໍາແຮງໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວາມ; ແລະ (iii) ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ສໍາຄັນສໍາລັບສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຈະມີຄວາມວິຕົກກັງວິນກ່ຽວກັບການທົດສອບແລະທ່ານອາດຈະມີຄວາມບໍ່ສະບາຍໃນໄລຍະສັ້ນແລະອ່ອນໆໃນເວລາທີ່ໃຫ້ເນື້ອເຍື່ອຫຼືຕົວຢ່າງເລືອດຂອງທ່ານ. ນອກຈາກນັ້ນ, ໃນຂະນະທີ່ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງແລະລັດສະໝອງການປົກປ້ອງຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງຈຳແນກກະມະພັນໂດຍນາຍຈ້າງແລະຜູ້ປະກັນໄພສຸຂະພາບ, ກົດໝາຍເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ນໍາໃຊ້ໃນທຸກສະຖານະການ. ທ່ານສາມາດເຂົ້າເບິ່ງໄດ້ທີ່ www.genome.gov/10002328 ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຂໍ້ມູນກໍາມະພັນທີ່ບໍ່ຈຳແນກ, ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ປົກປ້ອງຂໍ້ມູນພັນທຸກໍາ.

Caris ບໍ່ມີການຄໍາປະກັນຫຼືການຮັບປະກັນວ່າການທົດສອບທາງກໍາມະພັນຂອງມັນກວດພົບການກາຍພັນທາງກໍາມະພັນທັງໝົດແລະພາຫະທັງໝົດຂອງເງື່ອນໄຂ. ການປ່ຽນແປງທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສະພາບທາງດ້ານຄລິນິກອາດຈະບໍ່ຖືກລາຍງານໃຫ້ HCP ຂອງທ່ານ.

ການຮັກສາຄວາມລັບ

ທ່ານມີສິດຕິການຮັກສາຄວາມລັບຂອງຕົວຢ່າງຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູນກໍາມະພັນແລະຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຕາມກົດໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ. HCP ຂອງທ່ານໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນແບບຟອມການຮ້ອງຂໍການທົດສອບແລະການປະຕິບັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຂອງເຂົາເຈົ້າຫຼືພະນັກງານແລະສາຂາຂອງສະຖານທີ່ອາດຈະສາມາດເຂົ້າເຖິງຕົວຢ່າງແລະຜົນການທົດສອບຂອງທ່ານ. Caris ອາດຈະຖືກຊື້ນໍາໂດຍ HCP ຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ຜົນໄດ້ຮັບໃຫ້ແກ່ພາກສ່ວນທີສາມ. ບຸກຄົນລາກອນຂອງ Caris ແລະຄົນອື່ນໆທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ Caris ອາດຈະໄດ້ຮັບຕົວຢ່າງຂອງທ່ານ, ເຮັດການທົດສອບ ຫຼື ເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ ແລະ ຜົນກວດຂອງທ່ານ.

ການເກັບຕົວຢ່າງ/ຂໍ້ມູນ, ການນໍາໃຊ້ ແລະ ການແບ່ງປັນ

ໃນຂອບເຂດທີ່ອະນຸຍາດໂດຍກົດໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ, Caris ອາດຈະເກັບຮັກສາ, ໃຊ້ແລະເປີດເຜີຍຕົວຢ່າງຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູນກໍາມະພັນແລະຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆ, ທັງພາຍໃນແລະຕໍ່ບຸກຄົນທີສາມເພື່ອຈຸດປະສົງການປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບ, ຈຸດປະສົງການຈ່າຍຄືນ, ການຮັບປະກັນຄຸນນະພາບຫຼືການປັບປຸງ, ກິດຈະກຳການດໍາເນີນງານ, ການສຶກສາຄວາມຖືກຕ້ອງ, ການຄົ້ນຄວ້າ, ການພັດທະນາຜະລິດຕະພັນໃນສິ່ງພິມ. Caris ຍັງອາດຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານເພື່ອກໍານົດແລະຕິດຕໍ່ທ່ານກ່ຽວກັບການທົດລອງທາງດ້ານການຊ່ວຍຫຼືໂອກາດການຄົ້ນຄວ້າອື່ນໆທີ່ອາດຈະມີຄວາມສົນໃຈກັບທ່ານ. ຕົວຢ່າງຂອງທ່ານຈະຖືກເກັບໄວ້ຢ່າງບໍ່ມີກຳນົດ. Caris ຈະຍົກເລີກການລະບຸຕົວຕົນຫຼືເປີດເຜີຍຕົວຕົນຂອງຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນທາງກໍາມະພັນແລະຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆໃນຂອບເຂດທີ່ກົດໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ. ບຸກຄົນທີ່ສາມາດອາດຈະໄດ້ຮັບຕົວຢ່າງຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູນກໍາມະພັນແລະຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆອາດຈະປະກອບມີອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ, ການຄ້າຫຼືລັດຖະບານເຊັ່ນ: ນັກຄົ້ນຄວ້າວິຊາການ, ວິທະຍາໄລ, ໂຮງໝໍ, ຫ້ອງທົດລອງແລະວິທະຍາສາດຊີວິດ, ການປະກັນໄພ, ການຢາແລະບໍລິສັດອື່ນໆ. ຖ້າກິດຈະກຳເຫຼົ່ານີ້ສົ່ງຜົນໃຫ້ຜະລິດຕະພັນທາງການຄ້າຫຼືການຊົດເຊີຍຂອງປະເພດໃດກໍຕາມ, ລາຍໄດ້ຈະບໍ່ຖືກແບ່ງປັນກັບທ່ານຫຼືຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ເຖິງແມ່ນວ່າຕົວຢ່າງຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູນກະມະພັນແລະຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຈະຖືກນໍາໃຊ້. ທ່ານສາມາດຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ Caris, ລວມທັງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວ່າຕົວຢ່າງທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸຕົວຕົນ, ຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກໍາແລະຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆອາດຈະຖືກໃຊ້ໃນທາງການຄ້າແລະຖືກແບ່ງປັນໃນຫຼືຢູ່ນອກສະຫະລັດໂດຍການເຂົ້າໄປທີ່ www.CarisLifeSciences.com/privacy-us.

ການຍິນຍອມຂອງຄົນເຈັບ

ໂດຍການລົງລາຍເຊັນຢູ່ລຸ່ມນີ້:

- ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານແລະເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ໃນຮູບແບບນີ້, ລວມທັງຈຸດປະສົງແລະຜົນປະໂຫຍດທີ່ເປັນໄປໄດ້, ຄວາມສ່ຽງແລະຂໍ້ຈຳກັດຂອງການທົດສອບແລະວິທີການທີ່ຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນກຳມະພັນແລະຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຖືກນຳໃຊ້, ເກັບຮັກສາໄວ້ແລະຖືກເປີດເຜີຍ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ປຶກສາກັບHCPທີ່ສັ່ງໃຫ້ການທົດສອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຄວາມໝາຍເຊື່ອຖືຂອງຜົນການທົດສອບໃນທາງບວກຫຼືທາງລົບແລະລະດັບຄວາມແນ່ນອນວ່າຜົນການທົດສອບໃນທາງບວກສຳລັບພະຍາດຫຼືສະພາບນັ້ນເປັນຕົວຄາດຄະເນຂອງພະຍາດດັ່ງກ່າວ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບໂອກາດທີ່ຈະຖາມຄຳຖາມ ແລະ ຄຳຖາມໃດໆທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມີແມ່ນໄດ້ຮັບການຕອບຕາມຄວາມພໍໃຈຂອງຂ້າພະເຈົ້າແລ້ວ.
- ຂ້າພະເຈົ້າສະໝັກໃຈຍອມຮັບການປະຕິບັດຂອງການທົດສອບໂດຍCarisແລະການເກັບກຳ, ການນຳໃຊ້, ການເກັບຮັກສາ, ການບຳລຸງຮັກສາແລະການເປີດເຜີຍຂອງຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນທາງກຳມະພັນແລະຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕາມທີ່ຕ້ອງການເພື່ອເຮັດການທົດສອບແລະຈຸດປະສົງອື່ນໆທີ່ອະທິບາຍໃນຮູບແບບນີ້, ລວມທັງການຄົ້ນຄວ້າ, ການພັດທະນາຜະລິດຕະພັນແລະການພິມເຜີຍແຜ່, ໃນຂອບເຂດທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ແລະປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍທີ່ນຳໃຊ້. ຄົນເຈັບຂອງລັດມີນິໄຊຕຳເທົ່ານັ້ນ: ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການຍິນຍອມທີ່ຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກຳຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນໃຊ້ໄດ້ເປັນໄລຍະເວລາໜຶ່ງປີນັບຈາກວັນທີ່ລົງລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ລຸ່ມນີ້.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈແລະອະນຸຍາດໃຫ້Carisໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນສຳລັບການບໍລິການແລະຂ້າພະເຈົ້າມອບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນໄພສຸຂະພາບທັງໝົດແລະການຈ່າຍເງິນຄົນພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ລວມທັງMedicareແລະMedicaid) ໃຫ້Caris. ຂ້າພະເຈົ້າແຕ່ງຕັ້ງCarisເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທີ່ມີອຳນາດໃນການຮ້ອງຟ້ອງທາງການແພດ, ການອຸທອນແລະ/ຫຼືການຮ້ອງທຸກກັບອົງການແຜນສຸຂະພາບຫຼືອົງການຂອງລັດຖະບານທີ່ຄຸ້ມຄອງແຜນການດັ່ງກ່າວ. ການແຕ່ງຕັ້ງນີ້ລວມມີສິດທິທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຮຽກຮ້ອງ, ສິດ ຫຼື ສາເຫດຂອງການກະທຳ (ການດຳເນີນຄະດີ) ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດມີຕໍ່ແຜນສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້Carisປະຕິບັດໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈ, ການປະຕິເສດແລະ/ຫຼືການອຸທອນທີ່ຈຳເປັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທ້ອງທົດລອງທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍCaris, ເຊັ່ນດຽວກັນກັບອະນຸຍາດໃຫ້Carisແລະຜູ້ຈ່າຍເງິນພາກສ່ວນທີ່ສາມເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງການແກ້ໄຂການອ້າງສິດ ແລະ/ຫຼື ການອຸທອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- Carisອາດຈະຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າໃນອະນາຄົດກ່ຽວກັບໂອກາດການຄົ້ນຄວ້າທີ່ເປັນໄປໄດ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຢູ່ພາຍໃຕ້ພັນທະໃດໆທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນການຄົ້ນຄວ້າໃດໆທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຖືກຕິດຕໍ່ແລະຂ້າພະເຈົ້າສາມາດແຈ້ງໃຫ້Carisແຈ້ງຜ່ານອີເມວທີ່PatientNavigator@CarisLS.com, ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນດີທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຕິດຕໍ່ໃນອະນາຄົດກ່ຽວກັບໂອກາດຂອງການຄົ້ນຄວ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຕິດຕໍ່Caris, ລວມທັງທາງອີເມວທີ່PatientNavigator@CarisLS.com ໄດ້ທຸກເວລາເພື່ອຖອນການຍິນຍອມເຫັນດີຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕໍ່ການເກັບຮັກສາຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນກຳມະພັນແລະຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການຖອນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ມີຜົນກະທົບໃດໆຕໍ່ກັບສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້: (i) ຕົວຢ່າງໃດໆ, ຂໍ້ມູນກຳມະພັນແລະຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ໄດ້ຖືກແຍກອອກແລະບໍ່ສາມາດຕິດຕາມກັບຂ້າພະເຈົ້າໄດ້; (ii) ການນຳໃຊ້ຫຼືການແບ່ງປັນຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນທາງກຳມະພັນແລະຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ໄດ້ເກີດຂຶ້ນແລ້ວ ຫຼື (iii) ໃນຂອບເຂດຂອງ Caris ຕ້ອງເກັບຮັກສາຕົວຢ່າງ, ຂໍ້ມູນທາງກຳມະພັນ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ຈະປະຕິບັດຕາມດ້ວຍກົດໝາຍທີ່ໃຊ້ໄດ້.
- ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມແລະອະນຸຍາດໃຫ້Caris (ແລະຕົວແທນ, ຜູ້ຮັບເໝົາແລະຜູ້ອື່ນເຮັດໜ້າທີ່ໃນນາມຂອງຕົນ) ການໂທຫຼືສົ່ງຂໍ້ຄວາມຫາຂ້າພະເຈົ້າ, ລວມທັງສຽງທີ່ບັນທຶກໄວ້ລ່ວງໜ້າຫຼືສຽງທຽມຫຼືວາງໄວ້ໂດຍໃຊ້ລະບົບໂທຫາໂທລະສັບອັດຕະໂນມັດທຸກປະເພດຫຼືລະບົບອັດຕະໂນມັດອື່ນໆສຳລັບການໂທຫຼືສົ່ງຂໍ້ຄວາມໄປຫາເບີໂທໜຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າ (ຫຼື HCP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ) ໃຫ້Caris. ການໂທຫຼືສົ່ງຂໍ້ຄວາມເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະກ່ຽວຂ້ອງກັບການທົດສອບທີ່ສັ່ງໂດຍHCPຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ໃບແຈ້ງຍອດບັນຊີຂອງຄົນເຈັບ, ຜະລິດຕະພັນຫຼືການບໍລິການທີ່Carisຄິດວ່າອາດຈະມີຄວາມສົນໃຈກັບຂ້າພະເຈົ້າຫຼືການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີຄຳຕີຊົມຂອງຄົນເຈັບ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຄວາມຖີ່ການໂທແລະຂໍ້ຄວາມອາດແຕກຕ່າງກັນ, ບໍ່ຈຳກັດຈຳນວນການໂທຫຼືສົ່ງຂໍ້ຄວາມທີ່Carisອາດຈະສົ່ງຫາຂ້າພະເຈົ້າແລະຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະເສຍຄ່າບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂທລະສັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າສຳລັບການໂທຫຼືສົ່ງຂໍ້ຄວາມເຫຼົ່ານີ້ແລະCarisບໍ່ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ຄ່າບໍລິການ. ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມໃຫ້ການໂທຫຼືສົ່ງຂໍ້ຄວາມດັ່ງກ່າວຖືກສົ່ງຫຼືເຮັດໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງການຈຳກັດເວລາຂອງມື້ແລະເຖິງແມ່ນວ່າເບີໂທລະສັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກລົງທະບຽນຢູ່ໃນບັນຊີທຳມໂທຂອງລັດຫຼືລັດຖະບານກາງໃດໆກໍຕາມ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ຄວາມອາດຈະບໍ່ໄດ້ເຂົ້າລະຫັດແລະມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຂໍ້ມູນໃນຂໍ້ຄວາມສາມາດຖືກອ່ານໂດຍບຸກຄົນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າCarisບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນຄວາມປອດໄພແລະຄວາມລັບຂອງຂໍ້ຄວາມທີ່ມັນສົ່ງຫາຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າຖືກລົງເຫັນດີວ່າCarisບໍ່ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການເຂົ້າເຖິງທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນລະຫວ່າງຫຼືຫຼັງຈາກການສົ່ງຂໍ້ຄວາມຫາຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈຕື່ມອີກວ່າເພື່ອເລືອກອອກຈາກຂໍ້ຄວາມ, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຕອບຢຸດກັບຂໍ້ຄວາມໃດໆທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ. ເພື່ອເລືອກອອກການໂທລະສັບຫຼືການສົ່ງຂໍ້ຄວາມສຽງ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາຝ່າຍຊ່ວຍເຫຼືອລູກຄ້າທີ່ເບີ 1-888-979-8669.
- ຄົນເຈັບຂອງລັດໄວໂອມິງເທົ່ານັ້ນ: ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທີ່ຈະກວດສອບ, ແກ້ໄຂແລະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນພັນທຸກຳຂອງຂ້າພະເຈົ້າແລະຮ້ອງຂໍການທຳລາຍຂໍ້ມູນພັນທຸກຳຂອງຂ້າພະເຈົ້າພາຍໃຕ້ສະຖານະການບາງຢ່າງໂດຍສອດຄ່ອງກັບກົດໝາຍຂອງລັດໄວໂອມິງ35-32-103. ຕົວຢ່າງ: Carisອາດຈະປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອທຳລາຍຂໍ້ມູນທາງກຳມະພັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຖ້າການເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນມີຄວາມຈຳເປັນສຳລັບຈຸດປະສົງໜຶ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນການຍິນຍອມຂອງຄົນເຈັບນີ້ສຳລັບການສ້າງຂໍ້ມູນໂມເລກູນ.
- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າລົງນາມໃນນາມຂອງຄົນເຈັບ, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນຕື່ມອີກວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດອຳນາດທາງກົດໝາຍໃນການຍິນຍອມໃນນາມຂອງຄົນເຈັບ.

ຊື່ຄົນເຈັບ (ຊື່ແຈ້ງ): _____ ວັນທີ _____

ຄົນເຈັບ ຫຼື ຜູ້ລົງນາມທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ: _____ ວັນທີ: _____