

Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada

분자 프로파일링에 대한 환자 동의 – 네바다



Please read carefully and discuss with your physician.

If you have questions, please contact Caris at CarisConsents@CarisLS.com or (888) 979-8669.

Email completed form to CarisConsents@CarisLS.com, or fax to 866-479-4925.

본 문서를 주의 깊게 읽고 담당의사와 상의하십시오.

질문이 있는 경우, CarisConsents@CarisLS.com 또는 (888) 979-8669로 Caris에 문의하십시오.

작성된 양식을 이메일 CarisConsents@CarisLS.com으로 보내거나 팩스 866-479-4925로 전송해 주십시오.

TEST INFORMATION 검사 정보

Test Purpose, Sample Collection, and Results

검사 목적, 검체 채취 및 결과

Molecular profiling from Caris Life Sciences® (Caris) assesses cancer markers found in your tumor or blood to help your health care team develop a treatment plan that is specific to you. As part of your testing, your blood sample(s) and/or tumor sample(s) will be sent to Caris, where your sample, and DNA and RNA extracted from your sample, will be analyzed, producing genomic information. Caris will report your test results to the physician who ordered your test and to other health care providers requested by your treatment team. Test results may indicate that the markers being tested for are or are not present in your sample and may identify other characteristics of your cancer. Your test results are available from your physician, or from Caris upon written request as allowed by law.

Caris Life Sciences®(Caris)의 분자 프로파일링은 귀하의 종양 또는 혈액에서 발견되는 암 표지자를 평가하여 귀하의 의료팀이 귀하에게 특이적인 치료 계획을 개발하는 데 도움을 줍니다. 검사의 일환으로, 귀하의 혈액 검체(들) 및/또는 종양 검체(들)를 Caris로 보내 귀하의 검체와 검체에서 추출한 DNA 및 RNA를 분석하여 유전체 정보를 생성할 것입니다. Caris는 귀하의 검사 결과를 귀하의 검사를 지시한 의사 및 귀하의 치료팀이 요청한 다른 의료 서비스 제공자에게 보고할 것입니다. 검사 결과에서는 검사 중인 표지자가 귀하의 검체 내에 존재하고 있거나 존재하지 않는 것으로 나타날 수 있으며, 암의 다른 특성을 식별할 수도 있습니다. 귀하의 검사 결과는 법률에서 허용하는 바에 따라 서면 요청 시 담당 의사 또는 Caris로부터 받을 수 있습니다.

For blood-based profiling (Caris Assure), you and your doctor each have the opportunity to opt-out from receiving reports of heritable (from your family) genetic information. Your doctor may have opted-out of this reporting as part of your test order. If you would like to opt-out of heritable reporting of genetic information, please check the following box:

혈액 기반 프로파일링(Caris Assure)의 경우, 귀하와 담당 의사는 각각 유전성(가족으로부터의) 유전 정보에 대한 보고서 수신을 거부할 수 있습니다. 의사가 검사 주문의 일부로 이 보고를 거부했을 수 있습니다. 유전 정보의 유전적 보고를 거부하고자 하는 경우, 다음 상자에 체크 표시하십시오.

I opt-out (do not want to receive) reporting of heritable genetic testing for cancer predisposition.¹

본인은 암 소인과 관련된 유전성 유전자 검사의 보고를 거부합니다(수령을 원하지 않습니다).¹

Blood Profiling Only: Unless you or your physician have opted-out of receiving reports of heritable genetic information, Caris Assure includes reporting of heritable (from your family) genetic information, which can provide information about whether your cancer is driven by an inherited DNA variant and your risk of developing other types of cancer. These results may reveal additional information about you or your family that is unexpected, and your testing results may have implications for your family members. In some cases, your physician may recommend further testing to clarify those results. You may wish to obtain genetic counseling before consenting to the test. If you provide a blood sample for your test, and you or your physician have not opted-out of receiving reports of heritable genetic information, your germline/ hereditary test results may include:

혈액 프로파일링만 해당: 귀하 또는 귀하의 의사가 유전성 유전 정보 보고 수신을 거부하지 않는 한, Caris Assure에는 유전성 (가족으로부터의) 유전 정보 보고가 포함되어 있어, 귀하의 암이 유전된 DNA 변이에 의한 것인지 여부 및 다른 유형의 암 발병 위험에 대한 정보를 제공할 수 있습니다. 이러한 결과는 예상치 못한 귀하 또는 귀하의 가족에 대한 추가 정보를 밝혀낼 수 있으며, 귀하의 검사 결과는 귀하의 가족 구성원에게 영향을 미칠 수 있습니다. 일부의 경우, 담당 의사는 이러한 결과를 명확히 하기 위해 추가 검사를 권장할 수 있습니다. 귀하의 검사에 동의하기 전에 유전학 상담을 받고자 할 수 있습니다. 귀하가 검사를 위해 혈액 검체를 제공하고 귀하 또는 담당 의사가 유전성 유전 정보 보고서 수신을 거부하지 않은 경우, 귀하의 생식세포/유전성 검사 결과에는 다음이 포함될 수 있습니다.

Positive: A positive result may indicate that you are a carrier of, predisposed to, or have the specific disease or condition being tested for. If you receive a positive result, you may wish to talk to your physician or a genetic counselor. You or your family members may be referred by your physician for additional or confirmatory testing.

양성: 양성 결과는 귀하가 검사 대상인 특정 질병 또는 상태의 보균자이거나, 소인이 있거나, 그러한 질병 또는 상태가 있음을 나타낼 수 있습니다. 양성 결과를 받는 경우, 의사 또는 유전학 상담사와 상의하고자 할 수 있습니다. 귀하 또는 귀하의 가족 구성원은 의사가 추가 또는 확인 검사를 위해 의뢰할 수 있습니다.

Negative: A negative result indicates that no disease-causing variant was identified in the test performed. However, a negative result does not guarantee that you and your family are free from genetic disorders or other medical conditions, and additional information may become available in the future that could impact the interpretation of your test results. However, Caris is not obligated to update, revisit or later re-evaluate the results of the tests after those results have been made available to your physician.

음성: 음성 결과는 실시한 검사에서 질병을 유발하는 변이가 확인되지 않았음을 나타냅니다. 그러나, 음성 결과는 귀하와 귀하의 가족이 유전질환이나 기타 의학적 상태가 없음을 보장하는 것은 아니며, 향후에 귀하의 검사 결과의 해석에 영향을 미칠 수 있는 추가 정보가 입수될 수 있습니다. 그러나, Caris는 해당 결과를 귀하의 의사에게 제공한 후 검사 결과를 업데이트, 재논의 또는 나중에 재평가할 의무가 없습니다.

Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 2)



분자 프로파일링에 대한 환자 동의 – 네바다 (2페이지)

Benefits, Risks, and Limitations of Genomic Testing

유전체 검사의 이익성, 위해성 및 제한사항

Benefits of the test may include: (i) more information to make healthcare decisions for yourself and your family members; and (ii) potential enrollment in research studies. Risks of the test may include: (i) anxiety about the testing; (ii) mild discomfort when providing your tissue or blood sample; (iii) discrimination based on your test results (while certain federal and state laws provide some protections against genetic discrimination, these laws do not apply in all situations. You can visit www.genome.gov/10002328 for information about the Genetic Nondiscrimination Act, a federal law that protects genetic information); and (iv) loss of confidentiality due to unauthorized access to your personal information (Caris implements reasonable safeguards to protect your personal information but cannot guarantee the confidentiality of this information). Limitations: Caris makes no guarantee or warranty that its genomic test(s) detect all genomic mutations and all carriers of a condition. Genetic variation that are not associated with the purpose of testing may not be reported with your test results.

검사의 이익성에는 (i) 귀하 자신과 귀하의 가족 구성원을 위해 의료적 결정을 내리는 데 더 많은 정보, (ii) 임상시험에 등록할 수 있는 가능성이 포함될 수 있습니다. 검사의 위험에는 다음이 포함될 수 있습니다. (i) 검사에 대한 불안, (ii) 조직 또는 혈액 검체를 제공할 때 경미한 불편, (iii) 검사 결과에 기반한 차별(특정 연방 및 주 법률은 유전적 차별에 대한 일부 보호를 제공하지만, 이러한 법률이 모든 상황에 적용되는 것은 아닙니다. 귀하는 유전 정보를 보호하는 연방법인 유전자 차별금지법에 대한 정보를 위해 www.genome.gov/10002328에 방문할 수 있습니다), (iv) 귀하의 개인정보에 대한 무단 접근으로 인한 기밀유지 상실(Caris는 귀하의 개인정보를 보호하기 위해 합당한 안전조치를 시행하지만 이 정보의 기밀유지를 보장할 수는 없습니다). 한계: Caris는 유전체 검사가 모든 유전체 돌연변이와 질환의 모든 보균자를 검출한다는 보장이나 보증을 하지 않습니다. 검사 목적과 관련이 없는 유전자 변이는 귀하의 검사 결과와 함께 보고되지 않을 수 있습니다.

Confidentiality, Sample/Data Retention, Use, and Sharing

기밀유지, 검체/자료 보관, 사용 및 공유

You have the right to confidential treatment of your sample(s), genomic information, and other health data in accordance with applicable law. The physician who ordered your test, their staff and affiliates, and third parties as your physician requests may have access to your sample and test results. Caris personnel and others working for Caris may receive your sample, perform testing or have access to your health data and test results. Caris may store, use, and disclose your sample(s), genomic information, and other health data, both internally and to third parties, as permitted by law for regulatory compliance purposes, reimbursement purposes, quality assurance or improvement, operational activities, validation studies, research, product development, or in publications. Caris may also use your information to identify and contact your physician about clinical trials or other research opportunities. Your samples and data will be stored indefinitely. Caris will de-identify or anonymize the sample(s), genomic information, and other health data to the extent required by law. Third parties that may receive your sample(s), genomic information, and other health data may include non-profit, commercial, or governmental entities such as academic researchers, universities, hospitals, laboratories, and life science, insurance, pharmaceutical, and other companies. If these activities result in commercial products or compensation of any sort, proceeds will not be shared with you or your family, even if your sample(s), genomic information, and other health data are used. You can learn more about Caris's privacy practices, including information about how de-identified sample(s), genomic information, and other health data may be commercially used and shared in or out of the United States, by visiting www.CarisLifeSciences.com/privacy-us.

귀하는 해당 법률에 따라 귀하의 검체, 유전체 정보 및 기타 건강 자료에 대한 기밀 취급 권리가 있습니다. 귀하의 검사를 지시한 의사, 그 직원 및 계열사, 그리고 귀하의 의사가 요청하는 제3자는 귀하의 검체 및 검사 결과에 접근할 수 있습니다. Caris 직원 및 Caris를 위해 일하는 다른 사람들이 귀하의 검체를 수령하거나, 검사를 실시하거나, 귀하의 건강 자료 및 검사 결과를 열람할 수 있습니다. Caris는 법에서 허용하는 경우 규제 준수 목적, 환급 목적, 품질 보증 또는 개선, 운영 활동, 검증 시험, 연구, 제품 개발을 위해 또는 출판에 귀하의 검체, 유전체 정보 및 기타 건강 자료를 보관, 사용 및 내부 및 제3자에게 공개할 수 있습니다. Caris는 또한 귀하의 정보를 사용하여 임상시험 또는 기타 연구 기회와 관련해 귀하의 담당 의사를 식별하고 연락할 수 있습니다. 귀하의 검체 및 자료는 무기한 보관될 것입니다. Caris는 법률에서 요구하는 범위 내에서 검체, 유전체 정보 및 기타 건강 자료의 식별 정보를 제거하거나 익명화할 것입니다. 귀하의 검체, 유전체 정보 및 기타 건강 자료를 수령할 수 있는 제3자에는 학술 연구자, 대학, 병원, 실험실 및 생명과학회사, 보험회사, 제약회사 및 기타 회사와 같은 비영리단체, 상업 기업 또는 정부 단체가 포함될 수 있습니다. 이러한 활동이 상용 제품 또는 어떤 종류의 보상을 초래하는 경우, 귀하의 검체, 유전체 정보 및 기타 건강 자료가 사용되더라도, 그 수익금은 귀하 또는 귀하의 가족과 공유되지 않을 것입니다. 귀하는 식별 정보가 제거된 검체, 유전체 정보 및 기타 건강 자료가 상업적으로 사용되고 미국 내에서 또는 미국 밖에서 공유될 수 있는 방법에 대한 정보를 포함하여, Caris 개인정보 보호 관행에 대해서는 www.CarisLifeSciences.com/privacy-us를 방문하여 더 자세히 알아볼 수 있습니다.

¹ Certain pharmacogenomic results that are not associated with cancer predisposition may be reported even if this box is checked.

¹ 이 항목에 체크하더라도, 암 소인과 관련된되지 않은 특정 약물유전체학 결과는 보고될 수 있습니다.

PATIENT CONSENT 환자 동의서

By signing below: 아래에 서명함으로써:

I acknowledge that I have read and understand the information provided in this form, discussed the reliability of positive or negative test results and the level of certainty that a positive test result for a disease or condition serves as a predictor of such disease or condition with my physician, and received an opportunity to ask questions, which have been answered to my satisfaction. I voluntarily consent to performance of the test

Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 3)



분자 프로파일링에 대한 환자 동의 – 네바다 (3페이지)

by Caris and to the collection, use, retention, maintenance, and disclosure of my sample(s), genomic information, and other health data as described in this form, including to contact me about potential research opportunities for which I may be eligible. I understand and authorize Caris to obtain payment for testing, authorize Caris to act on my behalf regarding the determination, denial and/or any necessary appeal relating to coverage of the services provided by Caris, and I assign all health insurance benefits and reimbursement under my health insurance plan (including Medicare and Medicaid) to Caris. In the event that I do not have insurance, I understand Caris Billing will reach out to me to discuss financial assistance options, and I understand if I do not qualify, I will be invoiced for the test. I authorize Caris and third-party payors to release any of my protected health information for the purpose of resolving my claim and/or appeal. I understand that I may contact Caris at any time to revoke my consent to the retention of my sample(s), genomic information, and other health data. However, my revocation will not have any effect on the following: (i) any sample(s), genomic information, and other health data that has been de-identified and cannot be readily traced back to me; (ii) any use or sharing of sample(s), genomic information, and other health data that has already occurred, or (iii) to the extent Caris must retain the sample(s), genomic information, and other health data to comply with applicable law. I consent and authorize Caris (and its agents, contractors and others acting on its behalf) to place calls or send text messages to me, including those involving a pre-recorded or artificial voice, or placed using any kind of automatic telephone dialing system or other automated system for placing calls or sending texts, to any of the numbers I or my physician provide to Caris. If I am signing on behalf of the patient, I further certify that I have legal authority to consent on behalf of the patient.

본인은 이 양식에 제공된 정보를 읽고 이해했으며, 양성 또는 음성 검사 결과의 신뢰성과 질병 또는 상태에 대한 양성 검사 결과가 해당 질병 또는 상태의 예측 인자로 작용하는 확실성의 정도에 대해 담당 의사와 논의하고 질문할 기회를 받았으며, 만족할 만한 답변을 받았음을 인정합니다. 본인은 Caris의 검사 수행과 본인이 적합할 수 있는 잠재적 연구 기회에 대해 본인에게 연락하는 것을 포함하여, 본 양식에 기술된 대로 본인의 검체(들), 유전체 정보, 기타 건강 자료의 수집, 사용, 보관, 유지, 공개에 자발적으로 동의합니다. 본인은 Caris가 검사에 대한 지불을 받고, Caris가 제공하는 서비스의 보장 범위와 관련된 결정, 거부 및/또는 필요한 이의 제기과 관련하여 Caris가 본인을 대신하여 행동할 권한을 이해하고 승인하며, 본인의 건강 보험 플랜(메디케어 및 메디케이드 포함)에 따른 모든 건강 보험 혜택 및 환급을 Caris에 양도합니다. 보험이 없는 경우, Caris 청구 부서가 재정 지원 옵션에 대해 논의하기 위해 본인에게 연락할 수 있음을 이해하며, 본인이 지원 대상에 해당하지 않을 경우 검사 비용이 청구된다는 점을 이해합니다. 본인은 Caris 및 제3자 지급인이 본인의 청구 및/또는 이의제기를 해결하기 위한 목적으로 본인의 보호대상 건강정보를 공개하는 것을 허가합니다. 본인은 언제든지 Caris에 연락하여 검체, 유전체 정보 및 기타 건강 자료의 보관에 대한 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다. 그러나, 본인의 철회는 (i) 식별 정보가 제거되어 본인을 쉽게 추적할 수 없는 모든 검체, 유전체 정보 및 기타 건강 자료, (ii) 이미 이루어진 검체, 유전체 정보 및 기타 건강 자료의 사용이나 공유, 또는 (iii) 해당 법률에 따라 Caris가 검체, 유전체 정보 및 기타 건강 자료를 반드시 보관해야 하는 범위 내에서는 영향을 미치지 않을 것입니다. 본인은 사전 녹음된 음성 또는 인공 음성이 포함된 것을 포함하여, Caris(및 Caris를 대신하는 그 대리인, 계약자 및 기타 관계자)가 본인에게 전화를 걸거나 문자 메시지를 보내거나, 전화 또는 문자 전송을 위해 모든 종류의 자동 전화 다이얼 시스템 또는 기타 자동 시스템을 사용하여 본인 또는 본인의 의사가 Caris에 제공하는 번호로 전화를 걸거나 문자 메시지를 전송하는 데 동의하고 이를 허가합니다. 본인이 환자를 대신하여 서명하는 경우, 본인은 또한 환자를 대신하여 동의할 법적 권한이 있음을 확인합니다.

NEVADA CONSENT FOR OBTAINING, RETAINING OR DISCLOSING GENETIC INFORMATION 유전 정보의 획득, 보관 또는 공개에 대한 네바다 동의

As used in this document, “genetic information” means any information that is obtained from a genetic test.

본 문서에서 사용되는 바에 따라 “유전 정보”란 유전자 검사로부터 얻은 모든 정보를 의미합니다.

1. I understand that no insurer or corporation that provides health insurance, carrier serving small employers or health maintenance organization may: (a) require me or any member of my family to take a genetic test; (b) require me to disclose whether I or any member of my family has taken a genetic test; (c) request my genetic information or the genetic information of a member of my family; or (d) determine the rates or any other aspect of the coverage or benefits for health care for me or my family based on whether I or any member of my family has taken a genetic test or based on my genetic information or the genetic information of any member of my family.

1. 본인은 건강보험을 제공하는 보험사 또는 법인, 소규모 고용주에 서비스를 제공하는 보험회사 또는 건강 유지 기관(health maintenance organization)은 다음과 같이 할 수 없음을 이해합니다. (a) 본인 또는 가족 구성원이 유전자 검사를 받도록 요구, (b) 본인 또는 본인의 가족 구성원이 유전자 검사를 받았는지 여부를 본인이 공개하도록 요구, (c) 본인의 유전 정보 또는 가족 구성원의 유전 정보를 요청 또는 (d) 본인 또는 본인의 가족 구성원이 유전자 검사를 받았는지 여부 또는 본인의 유전 정보 또는 본인의 가족 구성원의 유전 정보를 근거로 본인 또는 본인의 가족의 건강 의료 보장 또는 혜택의 비율 또는 기타 측면을 결정.

2. I also understand that:

2. 본인은 또한 다음을 이해합니다.

(a) I have the right to receive the results of a genetic test, in writing, within 10 working days after the person conducting the test has received the results. The written results must indicate that, except as otherwise provided in Chapter 629 of the Nevada Revised Statutes, my genetic information may not be obtained, retained or disclosed without first obtaining my informed consent.

(a) 본인은 검사를 수행하는 사람이 결과를 수령한 후 영업일 기준 10일 이내에 서면으로 유전자 검사 결과를 받을 권리가 있습니다. 네바다 개정 법률의 629장에 달리 규정되어 있지 않은 한, 서면 결과에는 먼저 시험대상자 동의를 받지 않고 본인의 유전 정보를 입수, 보관 또는 공개할 수 없음을 명시해야 합니다.

Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 4)



분자 프로파일링에 대한 환자 동의 – 네바다 (4페이지)

- (b) It is unlawful for a person or entity to obtain my genetic information without my informed consent, unless the information is obtained:
- (1) by a federal, state, county or city law enforcement agency to establish the identity of a person or a dead human body;
 - (2) to determine the parentage or identity of a person in certain circumstances;
 - (3) to determine the paternity of a person in certain circumstances;
 - (4) for use in a study where the identities of the persons from whom the genetic information is obtained are not disclosed to the person conducting the study;
 - (5) to determine the presence of certain inheritable disorders in an infant in certain circumstances; or
 - (6) Pursuant to an order of a court of competent jurisdiction.
- (b) 시험대상자 동의를 받지 않고 개인 또는 법인이 본인의 유전 정보를 입수하는 것은 불법입니다. 단, (1) 연방, 주, 자치주 또는 시의 법집행 기관이 개인 또는 사체의 신원을 확인하기 위해, (2) 특정 상황에서 개인의 혈통 또는 신원을 확인하기 위해, (3) 특정 상황에서 개인의 친자 확인을 결정하기 위해 (4) 유전 정보를 입수한 사람의 신원이 시험을 수행하는 사람에게 공개되지 않는 시험에 사용하기 위해, (5) 특정 상황에서 영아의 특정 유전 장애의 존재를 확인하기 위해 또는 (6) 관할 법원의 명령에 따라 정보를 입수한 경우는 예외입니다.
- (c) It is unlawful for a person to retain genetic information that identifies me without first obtaining my informed consent, unless retention of the genetic information is: (1) necessary to conduct a criminal investigation, an investigation concerning the death of a person or a criminal or juvenile proceeding; (2) authorized pursuant to an order of a court of competent jurisdiction; or (3) necessary for certain medical facilities to maintain my medical records.
- (c) 먼저 시험대상자 동의를 받지 않고 개인이 본인의 신원을 알 수 있는 유전 정보를 보관하는 것은 불법입니다. 단, (1) 범죄 수사, 개인의 사망 또는 형사 또는 청소년 소송 절차에 관한 수사를 실시하는 데 필요하거나, (2) 관할 법원 명령에 따라 허가되거나, (3) 특정 의료 시설이 본인의 의무기록을 유지하는 데 필요한 유전 정보의 보관은 예외입니다.
- (d) If I have authorized a person to retain my genetic information, I may request that the person destroy the genetic information. Such a person shall destroy the information, unless retention of the information is: (1) necessary to conduct a criminal investigation, an investigation concerning the death of a person or a criminal or juvenile proceeding; (2) authorized by an order of a court of competent jurisdiction; (3) necessary for certain medical facilities to maintain my medical records; or (4) authorized or required by state or federal law.
- (d) 본인이 유전 정보를 보관하도록 개인에게 허가한 경우, 본인은 해당 개인이 유전 정보를 폐기하도록 요청할 수 있습니다. 이러한 개인은 정보를 폐기해야 하며, 단, (1) 범죄 수사, 개인의 사망 또는 형사 또는 청소년 소송 절차에 관한 수사를 실시하는 데 필요하거나, (2) 관할 법원 명령에 따라 허가되거나, (3) 특정 의료 시설이 본인의 의무기록을 유지하는 데 필요하거나, (4) 주 또는 연방 법률에 의해 허가 또는 요구되는 정보의 보관은 예외입니다.
- (e) Except as otherwise provided by federal law or regulation, a person who obtains my genetic information for use in a study shall destroy the information upon completion of the study or my withdrawal from the study, whichever occurs first, unless I authorize the person conducting the study to retain my genetic information after the study is completed or upon my withdrawal from the study.
- (e) 연방법 또는 규정에 달리 규정된 경우를 제외하고, 본인의 유전 정보를 시험에 사용하기 위해 입수한 개인은 시험 완료 시 또는 본인의 시험 참여 중단 중 먼저 발생하는 시점에 정보를 폐기해야 합니다. 단, 본인이 시험 완료 후 또는 본인의 시험 참여 중단 후 시험을 수행하는 개인에게 본인의 유전 정보를 보관하도록 허가한 경우는 예외입니다.
- (f) It is unlawful for a person to disclose or to compel another person to disclose my identity if I was the subject of a genetic test or to disclose to another person genetic information that allows the other person to identify me without first obtaining my informed consent, unless the information is disclosed: (1) to conduct a criminal investigation, an investigation concerning the death of a person or a criminal or juvenile proceeding; (2) to determine the parentage or identity of a person in certain circumstances; (3) to determine the paternity of a person in certain circumstances; (4) pursuant to an order of a court of competent jurisdiction; (5) by a physician after I am deceased and my genetic information will assist in the medical diagnosis of persons related to me by blood; (6) to a federal, state, county or city law enforcement agency to establish the identity of a person or dead human body; (7) to determine the presence of certain inheritable preventable disorders in an infant in certain circumstances; or (8) by an agency of criminal justice in certain circumstances.
- (f) 한 개인이 본인의 시험대상자 동의를 먼저 받지 않고 본인이 유전자 검사의 시험대상자인 경우 본인의 신원을 공개하거나 다른 사람에게 본인의 신원을 공개하도록 강요하거나, 다른 사람이 본인을 신원을 알 수 있는 유전 정보를 또 다른 사람에게 공개하는 것은 불법입니다. 단, (1) 범죄 수사, 개인의 사망 또는 형사 또는 청소년 소송 절차에 관한 수사를 실시하기 위해, (2) 특정 상황에서 개인의 혈통 또는 신원을 확인하기 위해, (3) 특정 상황에서 개인의 친자 확인을 결정하기 위해, (4) 관할 법원의 명령에 따라, (5) 본인이 사망한 후 본인의 유전 정보가 본인과 혈연 관계가 있는 사람의 의학적 진단에 도움이 되도록 의사에 의해, (6) 연방, 주, 자치주 또는 시의 법집행 기관이 개인 또는 사체의 신원을 확인하기 위해, (7) 특정 상황에서 영아의 예방 가능한 특정 유전 장애의 존재를 확인하기 위해 또는 (8) 특정 상황에서 형사 사법기관에 의해 정보가 공개되는 경우는 예외입니다.

Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 5)



분자 프로파일링에 대한 환자 동의 – 네바다 (5페이지)

I, _____ (name of person giving consent), hereby give my consent to Caris to obtain my genetic information;
본인 _____ (동의를 제공한 사람의 이름)은(는) 이에 따라 Caris가 본인의 유전 정보를 얻는 데 동의합니다.

I, _____ (name of person giving consent), hereby give my consent to Caris to retain my genetic information; and
본인 _____ (동의를 제공한 사람의 이름)은(는) 이에 따라 Caris가 본인의 유전 정보를 보관하는 데 동의합니다.
그리고

I, _____ (name of person giving consent), hereby give my consent to Caris to disclose my genetic information to
the health care provider who ordered my test at the address identified on the test requisition and to my health plan/insurance carrier and its
authorized representatives as necessary for reimbursement purposes.

본인 _____ (동의를 제공한 사람의 이름)은(는) 이에 따라 Caris가 본인의 유전 정보를 검사 요청서에 명시된
주소로 본인의 검사를 지시한 의뢰서비스 제공자에게 공개하고 환급 목적으로 필요한 바에 따라 본인의 건강보험/보험회사 및 그 허가받은
대리인에게 공개하는 데 동의합니다.

By signing below, I also acknowledge that I have read, understand, and agree to each statement on the preceding page of this form.

아래에 서명함으로써, 본인은 또한 본 양식의 앞 페이지에 있는 각 진술문을 읽고 이해했으며 이에 동의함을 확인합니다.

This consent document is valid until _____ (date of expiration). If no date is provided, this consent document will not expire.

본 동의서는 _____ (만료일)까지 유효합니다. 날짜가 제공되지 않은 경우, 본 동의서는 만료되지 않습니다.

If the person tested is unable to sign, please indicate the reason here: _____

검사받은 사람이 서명할 수 없는 경우, 여기에 사유를 기재해 주십시오: _____

Signature of consenting person or his or her legal representative: _____ Date: _____

동의를 한 사람 또는 그 법정대리인의 서명: _____ 날짜: _____

Witness: _____ Date: _____

참관인: _____ 날짜: _____