

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA CON FINES DE INVESTIGACIÓN
--

La Health Insurance Portability and Accountability Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Regla de Privacidad HIPAA) otorga derechos a los participantes de la investigación cuando se utiliza o divulga su información de salud protegida con fines de investigación. La información de salud protegida puede identificar a la persona y es información que un proveedor de atención médica puede crear, recibir o conservar de cualquier forma.

Autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud protegida proveniente de las siguientes fuentes de datos a las personas o empresas que figuran a continuación a los fines de esta investigación:

Las siguientes personas proporcionarán información:	Las siguientes personas y/o instituciones recibirán su información y podrán utilizarla:
Proporcione nombres adicionales según sea necesario	Proporcione nombres adicionales según sea necesario
El/los médico(s) que me atienda(n) durante esta investigación, incluido el médico de atención primaria y otros médicos que puedan atenderme durante mi participación.	El/los médico(s) que me atienda(n) durante esta investigación, incluido el médico de atención primaria y otros médicos que puedan atenderme durante mi participación.
Dirección	Dirección
Número de teléfono/fax	Teléfono: Fax: Número de teléfono/fax

Además de los mencionados anteriormente, la Junta de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) de SJMHS (que también es la Junta de Privacidad de HIPAA para el uso en investigaciones), el Departamento de Cumplimiento de Investigación de SJMHS y las agencias federales (como la Administración de Medicamentos y Alimentos, la Oficina de Protección de Investigaciones Humanas, etc.) pueden necesitar revisar sus registros de salud como parte de su revisión y supervisión reglamentaria de las actividades de investigación.

El título de este estudio de investigación para el uso y la divulgación de su información de salud protegida con fines de investigación:	
Nombre del investigador principal:	N.º de identificación de la IRB:
Afiliación del investigador:	
Nombre de la IRB (IRB: comité de revisión ética de la investigación) que aprobó este estudio: Junta de Revisión Institucional Central de SJMHS	
Nombre de la Junta de Privacidad de HIPAA que revisó este uso y divulgación con fines de investigación: Junta de Revisión Institucional de SJMHS	

Propósito del uso y la divulgación: antes de que los investigadores puedan usar o compartir su información de salud como parte de este estudio de investigación, solicitamos su permiso (autorización, de conformidad con la Regla de Privacidad de HIPAA) para hacerlo. El propósito es que el investigador pueda realizar el estudio de investigación mencionado anteriormente y descrito en el documento de consentimiento informado adjunto.

Información a ser utilizada o divulgada: su información de salud que puede utilizarse o divulgarse incluye todos los registros de atención médica, tales como: resultados de laboratorio, patología o radiología, escaneos, radiografías e información de salud protegida recopilada previamente con fines de investigación. Este estudio puede utilizar o divulgar una parte o la totalidad de la siguiente información de salud protegida en conexión con su información médica a las personas o instituciones mencionadas anteriormente: nombre, dirección, fecha de nacimiento, fecha de servicio o de admisión al hospital, si es mayor de 89 años, número de teléfono, número de seguro social, número de historia clínica, número del beneficiario de salud, números de tarjeta de crédito o de otras cuentas, números de licencia, números de identificación del vehículo, números de serie, direcciones de sitios web, números de protocolo de Internet, identificación por voz, huella digital o algo similar, imágenes faciales completas, cualquier otra característica, número o código de identificación único.

Estos documentos pueden contener información, la cual se divulgará, sobre el diagnóstico y exámenes para detectar el VIH, SIDA y CRS (Complejo relacionado con el SIDA), información sobre tratamiento por abuso en el consumo de alcohol y drogas e información sobre servicios de salud mental y servicios sociales (como comunicaciones con un trabajador social o profesional de la salud mental).

Fecha de caducidad: su autorización para el uso y la divulgación de su información no tiene fecha de caducidad.

Acceso a su historia clínica: durante el estudio de investigación, seguirá teniendo acceso a su historia clínica, a menos que se indique lo contrario en el consentimiento.

Condiciones:

- No es necesario que firme esta autorización. Si decide no firmar la autorización, esto no afectará su tratamiento o elegibilidad para los beneficios de salud. Sin embargo, si no firma esta autorización, no podrá participar en el estudio.
- Puede retirar su autorización en cualquier momento notificándose por escrito al investigador principal (consulte la información de contacto mencionada anteriormente); sin embargo, esto no afectará la información que ya haya sido divulgada. Si retira su permiso para utilizar sus registros médicos, es posible que finalice el tratamiento que se le brinda relacionado con la investigación.
- Su información de salud de identificación personal (incluida la información de salud protegida) recopilada con el respaldo de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario (como se indica en la columna derecha de la tabla anterior) y, una vez divulgada, puede no estar protegida por el destinatario.
- Si tiene alguna pregunta sobre esta autorización, consulte al investigador principal mencionado anteriormente.

Firma del participante de la investigación

Fecha

Nombre en letra de imprenta del participante de la investigación

Firma del representante personal (si corresponde)

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante personal (si corresponde) y descripción de la autoridad del representante personal para actuar en nombre del participante (obligatorio):

PROPORCIONAR UNA COPIA AL PARTICIPANTE
