

Número de Protocolo de IRB:

Investigador Principal:

Código de Estudio del Departamento:

Autorización para Investigación según la ley HIPAA - Formulario B
AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Estoy de acuerdo en permitir que *University of Miami* *Jackson Health System* *ambos*, y cualquiera de mis médicos u otros proveedores para el cuidado de la salud (en conjunto "Proveedores"), el Investigador Principal y sus colaboradores y el personal (en conjunto "los Investigadores"), puedan obtener, usar y divulgar cualquier información sobre mi salud según se describe a continuación. Personal autorizado no vinculado al estudio puede estar al tanto de que estoy participando en un estudio de investigación y puede tener acceso a mi información. Si el estudio está relacionado con mi atención médica, toda información relacionada con el estudio puede quedar guardada en mis registros permanentes del consultorio médico, la clínica o el hospital.

1. La información de salud que puede ser usada y divulgada puede incluir:

- toda la información recogida durante la investigación y los procedimientos descritos en el Formulario de Consentimiento Informado para la Investigación, tal y como se describe en el Formulario de Consentimiento Informado específico del estudio adjunto ("la Investigación"); y
- la información de salud contenida en mis archivos médicos que sea relevante para la investigación, incluyendo la información de mi historial médico anterior obtenida de mi médico de cabecera y otra información médica relacionada con mi participación en el estudio.

[Usted debe colocar sus iniciales por separado en las siguientes casillas para permitir acceso a los archivos correspondientes]

_____ Condición de VIH/SIDA.

Información relacionada con el VIH, que incluye cualquier dato que indique que me he hecho exámenes relacionados con el VIH; que tengo una infección por VIH, una enfermedad relacionada con el VIH o sida, o cualquier información que pudiera indicar que yo he estado potencialmente expuesto al VIH.

_____ Enfermedades de transmisión sexual (ETS).

_____ Archivos de tratamientos de salud mental regidos por leyes estatales (incluidos archivos de salud mental relacionados con tratamientos de salud mental voluntarios o involuntarios).

Los archivos de salud mental pueden incluir información sobre abuso de sustancias adictivas.

_____ Archivos de tratamientos de abuso de sustancias adictivas (alcohol y drogas). La información relacionada con el abuso de sustancias adictivas puede formar parte de los archivos de salud mental.

_____ Información sobre ataques sexuales.

2. Los Proveedores pueden divulgar la información de salud contenida en mis archivos médicos a:

- los Investigadores;
- representantes de agencias del gobierno, Grupos Cooperativos correspondientes, juntas de revisión y otras personas que supervisen la seguridad, eficacia y conducción de la investigación; y
- al patrocinador de la Investigación, _____, y sus agentes, supervisores y contratistas (en conjunto "el Patrocinador").

University of Miami - Office of HIPAA Privacy and Security
PO BOX 019132 (M879) hipaaprivacy@med.miami.edu
Miami, FL 33101 (305) 243-5000

NAME: _____

MRN: _____

Last 4 Digits of SS#: _____

AGE: _____ DOB: ____/____/____

DATE OF SERVICE: ____/____/____

© 2003 University of Miami

Page 1 of 3

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LAS
INFORMACIONES SOBRE LA SALUD**

Form
D3901001S

Revised
11/10/14



Número de Protocolo de IRB:

Investigador Principal:

Código de Estudio del Departamento:

3. Los Investigadores pueden usar y compartir mi información de salud:

- entre ellos, con el Patrocinador, con Grupos Cooperativos correspondientes, establecimientos de atención médica, centros de investigación, juntas independientes de supervisión de seguridad y datos, supervisores del estudio y con otros Investigadores participantes (internos o externos) para la conducción de la Investigación;
- con organismos estatales y federales que tengan la facultad de supervisar el estudio o cuyo acceso sea obligatorio por ley; estos organismos pueden incluir la Administración de Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration, FDA*), la Oficina para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación (*Office of Human Research Protection, OHRP*), los Institutos Nacionales de Salud (*National Institutes of Health, NIH*) y el Departamento de Salud de Florida; y
- de acuerdo con lo que esté permitido según el Formulario de Consentimiento Informado.

4. El Patrocinador y los Grupos Cooperativos correspondientes pueden usar y compartir mi información de salud para los fines de la Investigación, supervisión y seguridad de datos, y de acuerdo con lo que esté permitido según el Formulario de Consentimiento Informado.

Organizaciones de investigación contratadas: [_____]

5. Una vez que mi información de salud haya sido divulgada a terceros, es posible que las leyes federales sobre privacidad no puedan protegerla contra divulgaciones futuras.

6. Por medio de la presente autorizo al Patrocinador a observar todo procedimiento médico al que yo sea sometido como parte de la Investigación.

7. Por favor tenga en cuenta que:

Usted no tiene que firmar esta Autorización, pero si no lo hace, no podrá participar en la Investigación. Si usted no firma esta autorización, su derecho a recibir otros tratamientos médicos no se verá afectado.

Usted puede cambiar de opinión y revocar (anular) esta Autorización en cualquier momento y por cualquier motivo. Para revocar esta Autorización, tiene que escribir a cualquiera de estos dos lugares:

***Nombre del miembro del personal del estudio de investigación:**

Dirección:

Número de Teléfono:

Human Subjects Research Office

Dirección: 1400 NW 10th Ave Suite 1200A, Miami, FL 33136

Número de Teléfono: (305) 243-3195

Sin embargo, si usted revoca esta Autorización, no se le permitirá continuar tomando parte en la Investigación. Además, aunque revoque esta Autorización, los Proveedores, los Investigadores, los Grupos Cooperativos correspondientes y el Patrocinador pueden continuar usando y divulgando la información que ya habían recogido, con el fin de proteger la integridad de la investigación o de acuerdo con lo permitido en el Formulario de Consentimiento Informado.

University of Miami - Office of HIPAA Privacy and Security
PO BOX 019132 (M879) hipaaprivacy@med.miami.edu
Miami, FL 33101 (305) 243-5000

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LAS
INFORMACIONES SOBRE LA SALUD**

Form
D3901001S

Revised
11/10/14



NAME: _____

MRN: _____

Last 4 Digits of SS#: _____

AGE: _____ DOB: ____/____/____

DATE OF SERVICE: ____/____/____

Número de Protocolo de IRB:

Investigador Principal:

Código de Estudio del Departamento:

Mientras la Investigación se esté llevando a cabo, es posible que usted no esté autorizado a revisar su información de salud que haya sido creada o recogida por University of Miami Jackson Health System ambos, durante el curso de la Investigación. Sin embargo, después de que la Investigación haya finalizado, usted podrá revisar esta información según se describe en el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de University of Miami Jackson Health System ambos.

***El personal del estudio debe enviar copias de revocaciones de participantes a las siguientes oficinas: Oficina de Privacidad y Seguridad de la ley HIPAA (Office of HIPAA Privacy and Security) Y Oficina de Investigaciones Clínicas con Seres Humanos (Human Subjects Research Office).**

8. Esta Autorización no tiene fecha de vencimiento (terminación). No hay una fecha fija en la cual se destruirá o dejará de usar su información. Esto se debe a que la información usada o creada para el estudio puede ser analizada durante muchos años y no es posible saber cuándo terminará este proceso.

9. A usted se le entregará una copia de esta Autorización después de que la haya firmado.

Firma del participante o del representante legal del participante

Fecha

Nombre en letra de molde del participante

Nombre en letra de molde del representante legal (si fuera pertinente)

Relación del representante con el participante

El personal del estudio debe enviar copias firmadas a: Office of HIPAA Privacy and Security. Si tiene preguntas, póngase en contacto con la Oficina de Investigaciones Clínicas con Seres Humanos (Human Subjects Research Office) al 305-243-3195.

University of Miami - Office of HIPAA Privacy and Security
PO BOX 019132 (M879) hipaaprivacy@med.miami.edu
Miami, FL 33101 (305) 243-5000

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LAS
INFORMACIONES SOBRE LA SALUD**



Form
D3901001S

Revised
11/10/14

NAME: _____

MRN: _____

Last 4 Digits of SS#: _____

AGE: _____ DOB: ____/____/____

DATE OF SERVICE: ____/____/____