

Número do protocolo IRB:

Pesquisador principal:

Código do estudo do departamento:

**Autorização para pesquisa HIPAA – Formulário B**  
**AUTORIZAÇÃO PARA USO E DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE**

Eu concordo em autorizar que a  *University of Miami*  *Jackson Health System*  *ambos* e qualquer dos meus médicos ou outros prestadores de serviços de saúde (em conjunto, denominados “Prestadores”), o pesquisador principal e [seu/sua/seus/suas] colaboradores e equipe (em conjunto denominados “Pesquisadores”), obtenham, usem e divulguem as informações médicas sobre mim da maneira descrita abaixo. É possível que funcionários devidamente autorizados não envolvidos no estudo tomem conhecimento da minha participação num estudo de pesquisa e tenham acesso às minhas informações. Caso o estudo esteja relacionado com meu tratamento médico, é possível que quaisquer informações referentes ao estudo venham a fazer parte dos meus prontuários permanentes no hospital, na clínica ou no consultório médico.

**1. As informações médicas que podem ser usadas e divulgadas podem incluir:**

- Todas as informações coletadas durante a pesquisa e os procedimentos descritos no termo de consentimento informado para a Pesquisa, conforme descrito no termo de consentimento informado específico deste estudo em anexo (“a Pesquisa”); e
- Informações constantes nos meus prontuários médicos que sejam relevantes à Pesquisa e incluam meu histórico médico anterior, inclusive as informações do meu médico e outras informações médicas relacionadas à minha participação no estudo; e

*[Os campos assinalados a seguir devem ser rubricados separadamente por você para permitir acesso a esses registros]*

\_\_\_\_\_  Situação de HIV/AIDS.

Informações referentes ao HIV, o que inclui quaisquer informações indicando que eu realizei um teste de HIV, ou tenho uma infecção por HIV, uma doença relacionada ao HIV ou AIDS, ou quaisquer informações que possam indicar que fiquei potencialmente exposto(a) ao HIV.

\_\_\_\_\_  Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

\_\_\_\_\_  Registros de tratamento de saúde mental disciplinados pela legislação estadual (inclusive registros de saúde mental referentes a tratamento de saúde mental voluntário ou involuntário).  
Os registros de saúde mental podem incluir informações sobre abuso de substâncias.

\_\_\_\_\_  Registros de tratamento por abuso de substâncias (drogas e álcool).

As informações sobre abuso de substâncias podem fazer parte dos registros de saúde mental.

\_\_\_\_\_  Informações sobre estupro.

**2. Os Prestadores estão autorizados a divulgar as informações constantes nos meus prontuários médicos para:**

- os Pesquisadores;

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

**AUTORIZAÇÃO PARA USO E DIVULGAÇÃO DE  
INFORMAÇÕES DE SAÚDE**

Form  
D3901001P

Revised  
11/10/14



NAME: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Last 4 Digits of SS#: \_\_\_\_\_

AGE: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATE OF SERVICE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número do protocolo IRB:

Pesquisador principal:

Código do estudo do departamento:

- os representantes de agências do governo e quaisquer grupos de cooperação pertinentes, comitês de revisão e outras pessoas que sejam responsáveis pela vigilância da segurança, eficácia e realização de pesquisa; e
- o patrocinador da Pesquisa, [ \_\_\_\_\_ ]

e seus representantes, monitores e terceirizados (em conjunto, denominados “Patrocinador”).

**3. Os Pesquisadores estão autorizados a usar e compartilhar as minhas informações médicas:**

- entre si mesmos, com o patrocinador, com quaisquer grupos de cooperação, unidades de tratamento médico, centros de pesquisa, comitês independentes de monitoramento de dados e da segurança, monitores do estudo e com outros pesquisadores (internos e/ou externos) que estejam participando da condução da pesquisa;
- órgãos federais e estaduais responsáveis pela supervisão do estudo ou a quem seja necessário dar acesso por força de lei, podendo estes incluir a Agência Federal de Alimentos e Medicamentos dos EUA (FDA), o Gabinete de Proteção de Pesquisas em Humanos (OHRP), os Institutos Nacionais de Saúde dos EUA (NIH) e a Secretaria da Saúde do Estado da Flórida (DOH); e
- conforme autorizado pelo termo de consentimento informado.

**4. O patrocinador e quaisquer grupos de cooperação pertinentes estão autorizados a usar e a compartilhar minhas informações médicas para os objetivos da pesquisa, de monitoramento de dados e da segurança e conforme autorizado pelo termo de consentimento informado.**

**Instituição(ões) terceirizadas de pesquisa (CRO):** [ \_\_\_\_\_ ]

**5. Uma vez que minhas informações médicas tenham sido divulgadas a um terceiro, as leis federais pertinentes à privacidade não terão mais alcance para proteger tais informações contra outras divulgações.**

**6. Pelo presente, autorizo o Patrocinador a observar quaisquer procedimentos médicos aos quais eu seja submetido como parte da Pesquisa.**

**7. Observe que:**

Você não é obrigado a assinar esta autorização, mas, se não o fizer você não poderá participar da pesquisa. Caso não assine esta autorização, seus direitos a outros tratamentos médicos não serão prejudicados.

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

**AUTORIZAÇÃO PARA USO E DIVULGAÇÃO DE  
INFORMAÇÕES DE SAÚDE**

Form  
D3901001P

Revised  
11/10/14



NAME: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Last 4 Digits of SS#: \_\_\_\_\_

AGE: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DATE OF SERVICE: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número do protocolo IRB:

Pesquisador principal:

Código do estudo do departamento:

Você tem o direito de mudar de opinião e revogar (cancelar) esta autorização a qualquer momento e por qualquer razão. Para revogar esta autorização, você precisa notificar a decisão por escrito a qualquer uma das pessoas ou entidades a seguir:

\*Nome do funcionário da equipe de pesquisa:

Endereço:

Número de telefone:

**Human Subjects Research Office**

**Endereço: 1400 NW 10<sup>th</sup> AVE, Suite 1200A Miami, FL 33136**

**Número de telefone: +1 (305) 243-3195**

Contudo, você não poderá mais participar da pesquisa, caso revogue esta autorização. Além disso, ainda que você revogue esta autorização, os Prestadores, Pesquisadores, quaisquer grupos de cooperação pertinentes e o Patrocinador ficam autorizados a continuar a usar e a divulgar as informações que eles já haviam coletado para proteger a integridade da pesquisa, ou conforme autorizado pelo termo de consentimento informado.

Enquanto a pesquisa estiver em andamento, você não poderá ter acesso às suas informações médicas que tenham sido criadas ou coletadas pela  *University of Miami*  *Jackson Health System*  *ambos*, no decorrer da pesquisa. Entretanto, você poderá ver estas informações depois que a pesquisa for concluída, conforme descrito na Declaração de práticas privadas da  *University of Miami*  *Jackson Health System*  *ambos*.

**\*Os integrantes da equipe de pesquisa devem enviar cópias das revogações dos participantes ao: Gabinete de Privacidade e Segurança HIPAA E ao Human Subjects Research Office (Gabinete de Pesquisa em Participantes Humanos).**

8. Esta autorização não tem uma data de validade (data de término). Não há uma data determinada para a destruição ou fim da utilização das suas informações. Isto se deve ao fato de ser possível que as informações utilizadas e geradas no âmbito deste estudo sejam analisadas durante anos, não sendo possível determinar quando este processo estará concluído.

9. Você receberá uma cópia desta autorização depois de tê-la assinado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou do representante legal do participante

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome do participante em letra de forma

\_\_\_\_\_  
Nome do representante do participante em letra de forma (caso pertinente)

\_\_\_\_\_  
Relacionamento do representante com o participante

**Os integrantes da equipe de pesquisa devem enviar a via assinada ao Gabinete de Privacidade e Segurança HIPAA. Entre em contato com o Human Subjects Research Office (Gabinete de Pesquisa em Participantes Humanos) caso tenha quaisquer dúvidas, pelo telefone 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

**AUTORIZAÇÃO PARA USO E DIVULGAÇÃO DE  
INFORMAÇÕES DE SAÚDE**

Form  
D3901001P

Revised  
11/10/14



NAME: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Last 4 Digits of SS#: \_\_\_\_\_

AGE: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATE OF SERVICE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_