

**UNIVERSITY OF MIAMI
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DE IDENTIFICACIÓN
PERSONAL PARA LA PRESELECCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

**Autorización para usar o divulgar información de salud
que lo identifica a usted para la posible participación en un estudio de investigación**

(ESTO NO ES UN CONSENTIMIENTO INFORMADO)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHAS DEL TRATAMIENTO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Al firmar este documento, usted, _____ (*insertar nombre del paciente*), autoriza a la University of Miami y a sus respectivos fideicomisarios, funcionarios, empleados, agentes y servidores públicos que incluyen, entre otros, todos los médicos que forman parte de su atención en la University of Miami a usar o divulgar su información de salud que lo identifique para la posible participación (reclutamiento) en el estudio de investigación que se describe a continuación (*insertar nombre y/o una breve descripción del estudio*):

La información de salud que podemos usar o divulgar a este fin incluye información demográfica y de diagnóstico para determinar las posibilidades de reclutamiento: (*nombre del paciente, dirección, número de teléfono y diagnóstico*), información de salud en mis registros médicos pertenecientes al estado del VIH, incluidos mis resultados de la prueba del VIH (si corresponde).

La información de salud que se describió anteriormente se puede usar y/o divulgar a (*insertar nombre del Investigador principal o contacto de reclutamiento del estudio*) y a sus miembros de personal del estudio de investigación:

La University of Miami debe proteger por ley su información de salud. Al firmar este documento, usted autoriza a la University of Miami a usar y/o divulgar su información de salud para el reclutamiento de este estudio de investigación. Las personas que reciban su información de salud (el personal del estudio de investigación) no necesariamente están obligadas en virtud de las leyes federales de privacidad (tal como la regla de privacidad de HIPAA) a protegerla ni a compartirla con terceros sin su autorización, si así lo permite la ley aplicable.

Tenga en cuenta que:

- Usted no tiene la obligación de firmar esta autorización, pero si no lo hace, no brindaremos su información de contacto ni ninguna otra información de salud protegida e identificable, lo que puede incluir su afección médica, al personal del estudio de investigación. Si usted no firma esta autorización, su derecho a recibir otro tratamiento médico en la University of Miami no se verá afectado.

University of Miami - Office of HIPAA Privacy and Security
PO BOX 019132 (M879) hipaaprivacy@med.miami.edu
Miami, FL 33101 305-243-5000 1-866-366-4874

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INDIVIDUALLY IDENTIFIABLE
HEALTH INFORMATION FOR RESEARCH PRE-SCREENING (SPANISH)**

Form
D3900059S

Revised
10/20/08



NAME: _____

MRN: _____

LAST 4 DIGITS OF SS#: _____

AGE: _____ DOB: ____/____/____

DATE OF SERVICE: ____/____/____

- Usted puede cambiar de opinión y revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la University of Miami ya haya actuado en virtud de esta autorización. Si la University of Miami aún no ha divulgado su información de contacto ni ninguna otra información de salud al personal del estudio de investigación, su revocación será efectiva para todas las divulgaciones de información que están descritas en esta autorización.
- Si la University of Miami o el personal del estudio de investigación ya ha actuado en virtud de esta autorización, todavía pueden usar o divulgar la información de salud que ya han obtenido acerca de usted antes de su revocación de la autorización. La University of Miami ha actuado en virtud de esta autorización si, antes de la fecha de revocación, la University of Miami ha enviado su información de contacto o cualquier otra información de salud al personal del estudio de investigación.
- Para revocar esta autorización, debe escribir a: El personal del estudio de investigación quien luego debe enviar copias a la Oficina de Privacidad de HIPAA y a HSRO,

Nombre del personal del estudio de investigación:

Dirección:

Tel. N.º:

Human Subjects Research Office

Dirección: 1500 NW 12th AVE, Suite 1002 Miami, FL 33136

Tel. N.º: (305) 243-3195

- Este formulario no constituye un consentimiento informado. Si se lo considera elegible para participar en este estudio, se le pedirá que firme un consentimiento informado.
- Se le entregará una copia de esta autorización después de que la haya firmado y se archivará otra copia en su registro médico.
- Si esta autorización no se revoca anticipadamente, vencerá de forma automática doce meses después de la fecha de la firma del paciente o al final del estudio de investigación.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a ello no afectará mi capacidad de recibir tratamiento o pago alguno o mi elegibilidad para los beneficios.

Asimismo, comprendo que algunas de las personas o entidades que puedan recibir la información descrita anteriormente no son proveedores de atención médica ni planes de salud que están cubiertos por las regulaciones federales de privacidad y, por lo tanto, la información se puede volver a divulgar y ya no estará protegida por dichas regulaciones.

*** El personal remitente debe archivar el formulario firmado en el registro médico del paciente, y el personal del estudio de investigación debe enviar una copia a los registros médicos para su evaluación.**

Firma del paciente o representante legal del paciente

Fecha

Nombre en imprenta del paciente o representante legal del paciente

Si corresponde, una descripción de la autoridad del representante personal que firmará en nombre de participante

FIRMA DEL INTÉRPRETE

FECHA

Nombre en imprenta del intérprete

University of Miami - Office of HIPAA Privacy and Security
PO BOX 019132 (M879) hipaaprivacy@med.miami.edu
Miami, FL 33101 305-243-5000 1-866-366-4874

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INDIVIDUALLY IDENTIFIABLE
HEALTH INFORMATION FOR RESEARCH PRE-SCREENING (SPANISH)**

Form
D3900059S

Revised
10/20/08

NAME: _____

MRN: _____

LAST 4 DIGITS OF SS#: _____

AGE: _____ DOB: ____/____/____

DATE OF SERVICE: ____/____/____