

Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Texas Tech (“TTUHSC”)

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN
DE LA INFORMACION MÉDICA PROTEGIDA
para fines de
ESTUDIOS DE INVESTIGACION**

El propósito de este formulario es informarle sobre del uso o divulgación (el compartir) de su información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) si usted decide participar en el estudio de investigación descrito abajo. La información médica que puede ser usada o divulgada se describe en la siguiente página y esta información usualmente forma parte de su expediente médico. Sólo la información médica necesaria para este estudio de investigación será usada o divulgada. Cuando usted acepta participar en este estudio de investigación, también se le pedirá autorización para que su doctor particular, clínicas y hospitales divulguen su información médica protegida (PHI) a personal aprobado en el estudio de investigación. Esta autorización se relaciona específicamente con el estudio de investigación que se describe en esta autorización y se archivará con una copia del documento Consentimiento de Información.

[El investigador principal de estudio debe llenar la información que se pide en cada párrafo enumerado]

1. Título y # del protocolo del estudio:

2. Investigador principal:

Solamente el investigador principal y el personal aprobado por el Consejo de Revisión Institucional de TTUHSC (un comité que revisa y aprueba la investigación [IRB por sus siglas en inglés]), tendrá acceso a su información médica protegida (PHI), excepto lo descrito en la pagina dos de esta Autorización.

3. Nombre del patrocinador del estudio:

4. ¿Cuál es el propósito de esta investigación por qué se hace? (Esta información debe ser idéntica a la respuesta #1 en el *Consentimiento de Información para este estudio*)

5. Esta autorización es válida hasta:

- i. _____ Conclusión del estudio;
- ii. _____ Fecha: _____;
- iii. _____ Indefinidamente o hasta la fecha cuando legalmente se pueda destruir esta Autorización.

6. Si usted decide cancelar esta Autorización, por favor notifiquenos por escrito a

Nombre: _____
Departamento: _____
Texas Tech University Health Sciences Center
Dirección: _____ No. de Oficina o buzón: _____
Ciudad, estado, zona postal _____
Teléfono: _____

Si usted firma esta Autorización, las siguientes personas, grupos, u organizaciones pueden basarse en ésta autorización para divulgar su Información médica protegida (PHI) al investigador principal o a cualquier otro miembro del personal que esta trabajando en este estudio:

- su médico particular y el personal de los proveedores de servicios médicos,
- instituciones de servicios médicos y hospitales asociados donde usted ha recibido o pueda recibir atención médica

Durante el desarrollo de este estudio, el Investigador Principal, o el personal que trabaja en él, le informarán sí se le permitirá, o no, ver la información relacionada con usted que se reúna, o que recopile el personal de la investigación, antes de la conclusión del estudio. Después que termine el estudio usted puede solicitar esta información según se permite en el Aviso de Normas de Privacidad de TTUHSC.

La información confidencial de su expediente médico que usted autorice para usarse o divulgarse para los propósitos de la investigación puede incluir información médica, presente o futura, parcial o de todo su expediente médico, incluyendo:

<ul style="list-style-type: none"> • Resultados y datos de hospitales • historial de admisión y examen físico • resultados de radiografías; reportes de intervenciones quirúrgicas • reportes de laboratorio, tratamiento y resultados de análisis (incluyendo enfermedades transmitidas sexualmente, VIH y SIDA) • y cualquier otra información confidencial médica que necesite el personal del estudio de investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> • vacunas • reporte de alergias • recetas • consultas • apuntes clínicos • expediente de su salud mental • alcohol / expediente de uso de narcóticos
--	--

(* use otro formulario para divulgar apuntes de psicoterapia)

Para los propósitos de este estudio, la información médica protegida (PHI) puede ser revisada o divulgada a otras personas o organizaciones, dentro y/o afuera de TTUHSC, que puedan patrocinar, aprobar, asistir en, monitorear, o supervisar el proceso de estudios de investigación. Esto incluye, pero no se limita a, Consejo de Revisión Institucional de TTUHSC, revisiones del cumplimiento de reglas de TTUHSC, la agencia de Administración de Drogas y Alimentos de EE.UU., o agencias gubernamentales de otros países. Algunas de estas organizaciones o individuos podrían compartir su información médica más adelante, y esta información médica puede que no esté protegida por las mismas reglas de privacidad que TTUHSC esta obligada a cumplir.

Usted puede cambiar de opinión después, aún si firma esta autorización. Si cambia de opinión, por favor mande una carta a la persona que se nombra en el párrafo # 6 para notificarle su decisión y solicitar que ya no se recopile o comparta su información médica protegida. Podremos pedirle que deje de participar en el estudio de investigación si toda la información necesaria no ha sido obtenida. Podríamos usar la información ya obtenida aún si usted abandona el estudio. Tenemos que saber qué pasa con todas las personas que empiezan un estudio de investigación, no solo las que completan el estudio.

Usted tiene derecho a negarse a firmar este formulario. Aún si usted decide no firmar éste, los servicios médicos regulares que se le proveen no serán afectados. Sin embargo, si usted no firma este formulario, no podrá participar en el estudio de investigación ni recibir los servicios médicos relacionados con este estudio.

Tuve la oportunidad de repasar y hacer preguntas relacionadas con esta Autorización para uso y divulgación de mi información médica protegida y recibiré una copia de esta Autorización. Si firmo esta Autorización estoy confirmando que deseo tomar parte en este estudio.

Firma de la persona o representante autorizado	Fecha
Nombre impreso (letra de molde)	
Si es pertinente, relación del representante autorizado con poder legal para firmar	Testigo de la presentación oral