**University of Alabama at Birmingham**

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO/LA DIVULGACIÓN DE**

**INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) PARA INVESTIGACIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del participante:**   | **N.º del Protocolo del Comité de Revisión Institucional de University of Alabama Birmingham:**   |
| **Protocolo de la investigación:**   | **Investigador principal:**   |
| **Patrocinador:**   |

**¿Cuál es el objetivo de este formulario?** Se le pide que firme este formulario para que UAB pueda usar y divulgar su información de salud protegida para una investigación. La participación en investigaciones es voluntaria. Si elige participar en la investigación, debe firmar este formulario de modo que su información de salud protegida pueda usarse para la investigación.

**¿Por qué los investigadores quieren mi información de salud protegida?** Los investigadores quieren usar su información de salud protegida como parte del protocolo de investigación indicado anteriormente y como se le describió a usted en el consentimiento informado.

**¿Qué información de salud protegida quieren usar los investigadores?** Toda información médica, incluso, entre otras cosas, la información y/o los registros de cualquier diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o afección, que pueden incluir enfermedades de transmisión sexual (por ejemplo, VIH, etc.) o enfermedades contagiosas, de dependencia de drogas/alcohol, etc.; todos los identificadores personales, incluso, entre otras cosas, su nombre, número de seguro social, número de historia clínica, fecha de nacimiento, fechas de servicios, etc.; cualquier antecedente, examen, resultado de laboratorio, estudio de imagenología e informes y tratamientos de cualquier índole, como por ejemplo, tratamientos de drogas/alcohol, tratamientos psiquiátricos/psicológicos, que se hayan realizado anteriormente, en el presente o se realicen en el futuro; la información financiera/de facturación, incluso, entre otras cosas, las copias de sus facturas médicas; y cualquier otra información relacionada con el protocolo de la investigación o que haya sido obtenida para ser utilizada en él, independientemente de si la información se haya obtenido con o sin fines de investigación (por ejemplo, para el tratamiento).

**¿Quién divulgará, usará y/o recibirá mi información de salud protegida?** Todos los individuos o las entidades indicados en los documentos de consentimiento informado, incluso, entre otros, los médicos, enfermeros, el personal y otros que realicen servicios relacionados con la investigación (en UAB o cualquier otro lugar); otras unidades de operación de UAB, HSF, UAB Highlands, Children’s of Alabama, Eye Foundation Hospital y el Departamento de Salud del Condado de Jefferson, según sea necesario para sus operaciones; el IRB y su personal; el patrocinador de la investigación y sus empleados y agentes, incluso cualquier organización de investigación contratada (*contract research organizations*, CRO); y cualquier agencia reguladora externa, como la Administración de Alimentos y Medicamentos, que proporcionen supervisión o realicen otras funciones legales y/o reguladoras para la cual se requiere acceso a la información de los participantes.

**¿Cómo se protegerá mi información de salud protegida una vez que se proporcione a otras personas?** Su información de salud protegida que se le proporciona al patrocinador del estudio continuará siendo privada en la medida de lo posible, pese a que el patrocinador del estudio no está obligado a respetar las leyes de privacidad federales. Sin embargo, una vez que se entregue su información a otras organizaciones que no están obligadas a respetar las leyes de privacidad federales, no podemos asegurar que la información permanecerá protegida.

**¿Cuánto durará esta autorización?** Su autorización de los usos y las divulgaciones descritos en esta autorización no tiene fecha de vencimiento.

**¿Puedo cancelar esta autorización?** Usted puede cancelar esta Autorización en cualquier momento informando al Investigador Principal, por escrito, haciendo referencia al protocolo de investigación y al Número del Protocolo del IRB. Si cancela esta autorización, el médico y el personal del estudio no usarán ninguna información de salud nueva para investigación. Sin embargo, los investigadores pueden continuar usando la información de salud protegida que se proporcionó antes de haber cancelado su autorización.

**¿Puedo ver mi información de salud protegida?** Usted tiene derecho a solicitar ver su información de salud protegida. Sin embargo, para asegurar la integridad científica de la investigación, no podrá revisar la información de investigación hasta después de haber completado el protocolo de investigación.

Firma del participante: Fecha:

**o** del representante legalmente autorizado del participante: Fecha:

Nombre del representante del participante en letra imprenta:

Relación con el participante: