

**Autorización para Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida para la Investigación**  
(Para usarlo con el formulario abreviado de consentimiento)

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Sujeto o Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Por la presente, le doy permiso a la Universidad de Yale para usar mi información de salud protegida según se indica a continuación con el propósito de participar en un estudio de investigación** (a ser completado por el personal del estudio):

Título del estudio: \_\_\_\_\_

Nº. de protocolo del HIC/HSC: \_\_\_\_\_ PI del estudio: \_\_\_\_\_

**Información a ser divulgada desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historial de investigación | <input type="checkbox"/> Informe de rayos x        | <input type="checkbox"/> Notas y resultados de pruebas relacionadas con: _____ |
| <input type="checkbox"/> Historial y prueba física  | <input type="checkbox"/> Informe/notas de consulta | <input type="checkbox"/> Otro/comentarios: _____                               |
| <input type="checkbox"/> Inmunización               | <input type="checkbox"/> Información de recetas    | _____  |
| <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio     |  | _____  |

**Entiendo que esta información de salud puede incluir información delicada. Al firmar este formulario, autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con:**

- Información de tratamiento de abuso de sustancias
- Información relacionada con VIH, incluyendo pruebas relacionadas con el SIDA
- Información sobre salud mental

Se requiere la confidencialidad de este documento según el Capítulo 899 de la Ley General de Connecticut así como según el Título 42 del Código de los Estados Unidos. Este material no debe de transmitirse a nadie sin un consentimiento por escrito o una autorización conforme con estas leyes.

**Firma** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Puede que los documentos sean utilizados por, o divulgados a, cualquiera de los siguientes:**

- Organismos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (DHHS, por sus siglas en inglés).
- Representantes de la Universidad de Yale, el Programa de Protección de Investigación Humana de Yale, cualquier Junta de Revisión externa que represente a Yale y aquellos responsables por la investigación y la supervisión financiera.
- Aquellos proveedores que participen en el sistema de Historial Médico Electrónico (EMR, por sus siglas en inglés).
- El Investigador Principal y el equipo de investigación.
- La Agencia de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE.UU.
- El patrocinador o fabricante del medicamento/dispositivo siendo estudiado.
- Organismos reguladores de medicamentos en otros países.
- Proveedores de atención médica que le proveen servicios relacionados con este estudio.
- Laboratorios y otras personas u organizaciones que analizan su información de salud relacionada con este estudio, según el plan del estudio.
- Juntas/Comités de Monitoreo de Datos y Seguridad y otros autorizados para monitorear la conducta del estudio.
- Otros: \_\_\_\_\_

1. Entiendo que esta autorización expirará después de \_\_\_\_ años/nunca. Una fotocopia de este formulario se considerará tan válida como el original.
2. Entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento notificando al Investigador Principal del estudio o al equipo de investigación y esta autorización no será vigente a partir de la fecha indicada excepto en el alcance al que ya se haya utilizado la información. También puedo mandar una solicitud de anulación a: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208252, New Haven, CT 06520-8252
3. Entiendo que la información usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a ser divulgada otra vez por parte del destinatario y puede ya no estar protegida por los reglamentos de privacidad Federales. Sin embargo, otras leyes estatales o federales pueden prohibir que el destinatario divulgue información protegida, tal y como información sobre tratamiento de abuso de sustancias, información relacionada con VIH/SIDA e información sobre salud mental/psiquiátrica.
4. Mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario.
5. Entiendo que negarme a firmar esta Autorización no compromete mi derecho a obtener tratamiento en el presente o futuro por incapacidades psiquiátricas, excepto cuando la divulgación de la información sea necesaria para el tratamiento.
6. Entiendo que recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.

**Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo esta Autorización.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

O

\_\_\_\_\_  
**Padre/Tutor Legal/Persona Autorizada**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el Paciente