**Autorización HIPAA**

**Confidencialidad, Uso y Divulgación de Información Médica con Fines de Investigación**

Los registros del estudio que le identifiquen se mantendrán confidenciales, tal y como exigen las normas federales de privacidad. Al firmar este formulario, usted acepta que ***insert name of PI*** y su equipo de estudio utilicen y divulguen información sobre su salud para llevar a cabo este estudio. Se adjunta a este formulario una descripción de este estudio.

***If applicable add:*** Estas personas también pueden divulgar su historia clínica, esta autorización y la información sobre usted generada por este estudio al ***insert name of sponsor*** o a quien éste designe.

***If applicable add***: Además, la información creada sobre usted podrá ser compartida con otras instituciones que realicen este estudio.

Otras personas que pueden tener acceso a sus expedientes son grupos como

* juntas de control de datos y seguridad que supervisan la seguridad de un estudio, incluidas las agencias de acreditación,
* los organismos federales, estatales y locales que supervisan esta investigación, como el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS); ***if applicable add*** la FDA
* el personal de Cumplimiento de la Investigación de la Universidad de Virginia y los miembros o designados de la Junta de Revisión Institucional (IRB). El IRB es un comité especial de la Universidad de Virginia que revisa todos los estudios de investigación médica en los que participan seres humanos.

Si firma este formulario, nos ha dado permiso para divulgar información a estas otras personas. Este permiso no tiene fecha de caducidad. Si decide retirar su permiso y poner fin a este acuerdo de divulgación de la información recopilada sobre usted, póngase en contacto con ***insert name and contact information for the PI*** Él/ella le ayudará a documentar por escrito su decisión de retirar este permiso. Tenga en cuenta que la información ya obtenida seguirá utilizándose.

Debido a la necesidad de divulgar información a estas partes, no puede garantizarse la confidencialidad absoluta. Existe la posibilidad de que la información facilitada a los grupos e individuos mencionados anteriormente pueda ser divulgada de nuevo y deje de estar protegida por las leyes de privacidad.

Su participación en este estudio de investigación es voluntaria. Sin embargo, no se le permitirá participar en esta investigación si no firma esta Autorización. Negarse a firmar no afectará a la atención presente o futura que reciba en esta institución.

**Participante Adulto**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARTICIPANTE PARTICIPANTE FECHA

(Firma) (Letra de imprenta)

**Participante Menor**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### NOMBRE DEL MENOR

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PADRE O GUARDIÁN DEL MENOR PADRE O GUARDIÁN DEL MENOR FECHA

(Firma) (Letra de imprenta)

### 

**Testigo Imparcial**

***Si se lee este formulario al sujeto porque éste es ciego o analfabeto, un testigo imparcial no afiliado al equipo de investigación o estudio debe estar presente en el proceso de autorización y firmar la siguiente declaración.***

***El sujeto puede marcar con una X la línea de la Firma del Participante que figura más arriba.***

Estoy de acuerdo en que la información de este formulario se presentó oralmente en mi presencia y la persona tuvo la oportunidad de hacer preguntas. También estoy de acuerdo en que la persona dio libremente su autorización para permitir la divulgación de su información médica.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TESTIGO IMPARCIAL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO IMPARCIAL FECHA

**Intérprete**

***Esta sección debe cumplimentarse si se utiliza un intérprete durante el proceso de autorización porque el sujeto no habla inglés.***

Al firmar a continuación, confirma que la información de este formulario se ha explicado en detalle al posible interesado en un idioma que comprende y que se ha respondido a todas sus preguntas.

***Si el intérprete habla con el participante por teléfono, escriba el número de identificación del intérprete en la línea de la firma.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INTÉRPRETE INTÉRPRETE FECHA

(Firma) (Letra de imprenta)