LOUISIANA STATE UNIVERSITY HEALTH SCIENCES CENTER NEW ORLEANS (LSUHSC-NO)

y CHILDREN’S HOSPITAL

**JUNTAS DE REVISIÓN INSTITUCIONAL**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**CON FINES DE INVESTIGACIÓN**

## Título del proyecto de investigación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del patrocinador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de IRB de LSU: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Investigador Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de IRB de CH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Por el presente documento, solicito y autorizo a LSUHSC-NO o a Children's Hospital a usar y divulgar información médica protegida de los expedientes de:

## Nombre/dirección del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

Puntualmente y en conexión con el proyecto de investigación, solicito y autorizo al Investigador Principal mencionado previamente o a quien designe, a usar y divulgar cualquier parte de mi información de salud que sea relevante para el proyecto de investigación mencionado previamente y que esté presente en el documento de consentimiento informado. (NOTE: The following sentence may be deleted if not appropriate): Entiendo que esto puede incluir información relacionada con: Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (“VIH”) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (“SIDA”), tratamiento o antecedentes de consumo de drogas o alcohol o atención de la salud mental, conductual o psiquiátrica.

Autorizo específicamente el uso y divulgación de la siguiente PHI:

(Please provide a detailed description of the particular data and period of time you are requesting)

\_\_\_\_\_\_ Historia clínica completa para las fechas de servicio desde \_\_\_\_ que pueden contener todos los documentos y notas que se mencionan a continuación o documentos relacionados con mi tratamiento u hospitalización.

\_\_\_\_\_\_ Antecedentes y exámenes físicos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Expedientes de pacientes hospitalizados\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Expedientes clínicos/de pacientes ambulatorios\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Informes de consulta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Resultados de pruebas de laboratorio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Informes de radiología\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Informes de patología\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Informe del alta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Comentarios sobre la evolución\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Fotografías, videos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Placas/imágenes digitales de radiografías u otras imágenes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Códigos de diagnóstico y tratamiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Registro de facturación completo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que las copias de los expedientes indicados anteriormente serán:

* Utilizados por empleados de LSUHSC-NO o de Children's Hospital, incluidos los proveedores de tratamiento y otros miembros de su personal.
* Divulgados a LSUHSC-NO o a Children's Hospital, a funcionarios o agencias gubernamentales, como los patrocinadores del estudio de la Administración de Alimentos y Medicamentos, a supervisores del estudio o a otros responsables de la supervisión del proyecto de investigación.
* Enviados a investigadores que colaboren y sean externos a LSUHSC-NO o a Children's Hospital, si están incluidos y en la medida que se indique en los documentos de consentimiento informado adjuntos.

Entiendo que al firmar este formulario, permito que LSUHSC-NO o Children's Hospital y sus investigadores usen o divulguen mi información de salud en relación con el Consentimiento Informado adjunto y para los fines de la investigación que se describen en dicho documento. Por ejemplo, los investigadores podrían necesitar la información para verificar que soy elegible para participar en el estudio, o para monitorear los resultados, incluidos los efectos secundarios o resultados previstos o imprevistos. Otros dirigentes de la universidad/hospital y del gobierno, supervisores de seguridad y patrocinadores del estudio podrían necesitar la información para garantizar que el estudio se ejecute correctamente. Además, entiendo que mi información de salud podría ser divulgada a las compañías de seguros u otras personas responsables de mis facturas médicas para garantizar el pago.

Entiendo que cualquier derecho de privacidad no mencionado específicamente en esta Autorización está incluido en el Aviso de prácticas de privacidad que recibí o recibiré del Investigador Principal o en del centro al que asisto.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que LSUHSC-NO o Children's Hospital ya se hayan amparado en la autorización, mediante el envío, o comunicación por fax, de un aviso por escrito a la persona de contacto que figura en los documentos de consentimiento informado adjuntos.

Entiendo que si mi información ya ha sido incluida en una base de datos o registro de investigación como se describe en los documentos de consentimiento informado adjuntos, LSUHSC-NO o Children's Hospital consideran que se han amparado en ella, y por lo tanto, mi información no se eliminará de esos repositorios. A menos que se disponga lo contrario, entiendo que esta autorización (\_\_\_) no vencerá o (\_\_\_) vencerá el {date or event}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Entiendo que si no firmo este formulario, no podré participar en el estudio de investigación mencionado previamente, ni recibir las intervenciones relacionadas con el estudio, pero tanto LSUHSC-NO como Children's Hospital no pueden condicionar el tratamiento teniendo en cuenta mi firma de este formulario.

Mientras el estudio de investigación esté en curso, mi derecho a acceder a cualquier expediente o resultado de investigación del centro puede suspenderse hasta que finalice el estudio de investigación. Si se me deniega el acceso, entiendo que se restablecerá al final del estudio de investigación.

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una divulgación nueva del destinatario, y ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de la Salud. Los centros LSUHSC y Children's Hospital, sus empleados, funcionarios y médicos quedan eximidos de cualquier responsabilidad legal u obligación por la divulgación de la información mencionada previamente en la medida indicada y autorizada en este documento.

ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN REEMPLAZA CUALQUIER INFORMACIÓN CONTRADICTORIA DE CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE HAYA FIRMADO RELACIONADO CON EL ESTUDIO ADJUNTO.

Firma del paciente o del representante legal del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del representante legal (si hubiera): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Facultad del representante para actuar en nombre del paciente (por ejemplo, relación con el paciente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verificación de la facultad del representante: ( ) Licencia de conducir verificada ( ) Poder notarial verificado

( ) Otro documento verificado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicar)