



**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PARA PROPÓSITOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido, Nombre, Inicial Media

Fecha Nac.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle y/o casilla postal Ciudad Estado Código postal

Yo autorizo a la entidad cubierta abajo identificada a liberar toda la información contenida en los registros de los pacientes arriba mencionados, INCLUYENDO INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO DE DROGAS Y/O ALCOHOL, REGISTROS DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES, COMUNICACIONES HECHAS A UN TRABAJADOR SOCIAL, PSICÓLOGO O PSIQUIATRA Y LA DOCUMENTACIÓN SOBRE EL VIH/SIDA/COMPLEJO RELACIONADO AL SIDA, a las personas u organizaciones indicadas a continuación. **FAVOR DE TACHAR TODO LO QUE NO DEBE SER LIBERADO**

**YO AUTORIZO EL USO Y DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD (Definido abajo):**

<b>DE:</b> _____ Nombre del hospital o del sistema de cuidado de salud o proveedor	<b>PARA:</b> _____ Nombre del Investigador Principal del Proyecto (PI)
<b>Dirección:</b>  <b>Teléfono:</b> _____ <b>FAX:</b> _____	<b>Dirección:</b>  <b>Teléfono:</b> _____ <b>FAX:</b> _____ <b>Proporcione Nombres Adicionales según sea necesario:</b>

**ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN PARA ESTE USO Y DIVULGACIÓN:**

<b>Título del Estudio</b>			
<b>Nombre del PI</b>		<b>Afiliación del PI</b>	
<b>Proyecto IRB #</b>		<b>Nombre del IRB</b>	Consejo de Revisión Institucional de Cuidado de la Salud de McLaren

**El propósito del uso y divulgación es el de realizar la investigación arriba descrita. La información que se puede usar o divulgar incluye:** Su fecha de nacimiento, nombre, información de contacto, número de seguro social, número de expediente médico e información de seguro;

Lo siguiente se obtendrá a la fecha de \_\_\_\_\_. Por favor marque todos los que apliquen:  
<Favor de Insertar Mes/Año>

- Historial y Examen Físico;*
- Informes de Progreso;*
- información específica sobre el tratamiento que usted recibe;*
- información sobre otras condiciones médicas que pueden afectar su tratamiento;*
- datos médicos, incluidos los resultados de las pruebas de laboratorio, escaneos CT, MRIs, rayos-X, informes de patología*
- Otro (Describa):*



**Su autorización para usar y divulgar la información arriba mencionada:**

- caduca el \_\_\_\_\_*
- caducará cuando el estudio de investigación sea determinado como concluido por el IRB*

Si Ud. firma este formulario de autorización, puede revocarlo más tarde. Usted puede negarse a dar la autorización, y su negativa no afectará su capacidad de obtener tratamiento. Sin embargo, no podrá participar en el estudio de investigación. Usted puede retirar su autorización en cualquier momento notificando al Investigador Principal del Proyecto (ver arriba) por escrito.

Si retira su autorización, su participación en el estudio terminará y, a partir de la fecha en que retire su autorización, el personal del estudio dejará de recopilar su información personal de salud para esta investigación. Sin embargo, la información personal sobre la salud recopilada antes de retirar su autorización puede seguir siendo utilizada para esta investigación.

Al firmar esta autorización, su información de salud puede ser re-divulgada por el investigador si es permitido o requerido por la aplicable ley federal o estatal. Su información re-divulgada puede no estar protegida por los Reglamentos de HIPAA.

He leído este formulario y mis preguntas han sido contestadas.

YO ESTOY FIRMÁNDOLA EN FORMA VOLUNTARIA. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD COMO ESTÁ DESCRITA EN ESTE FORMULARIO.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Representante Legal y descripción de su Autoridad para actuar en nombre del paciente**

**PROVEER COPIA AL PACIENTE**