





**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**