**AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**PARA PROPÓSITOS DE INVESTIGACIÓN**

La organización de Ascension Wisconsin, al igual que Affinity Health System, Ministry Healthcare, Columbia St. Mary’s y Wheaton Franciscan Healthcare, están comprometidas a proteger los derechos de privacidad de los pacientes. Cualquier uso y divulgación de información personal médica se hará en conformidad con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act “HIPAA”, por sus siglas en inglés) enmendada por la ley de Tecnología de la información de salud para la salud económica y clínica (HITECH, por sus siglas en inglés). HIPAA está diseñada para proteger la confidencialidad de su información médica. Este documento explica la forma en que su información médica será utilizada y divulgada con el objetivo de realizar, monitorear y auditar el estudio y describe sus derechos en lo que respecta a dicha información.

Su información personal médica contiene datos acerca de usted que podrían ser utilizados para identificarle, tales como su nombre, domicilio, número telefónico, fotografía, fecha de nacimiento, número de seguro social, expedientes médicos nuevos y existentes, muestras de ADN u otros tipos, fechas y resultados de varias pruebas y procedimientos. Es posible que incluya información de su expediente médico y del hospital, así como la información que se creó y recopiló durante el estudio.

Al firmar este documento usted autoriza a los médicos que llevaron a cabo el estudio, al hospital Ascension Wisconsin y al personal (“investigadores” individuales y en conjunto) a usar y divulgar la siguiente información sobre usted entre sí, el patrocinador del estudio y sus representantes, asociados de investigación, el Consejo Institucional de Revisión, y las agencias gubernamentales responsables de la supervisión del estudio, incluyendo la Administración de Alimentos y Fármacos y cualquier otra agencia extranjera de ser necesario: información médica personal de su expediente médico y del hospital incluyendo la historia médica y quirúrgica, medicamentos actuales y anteriores, signos vitales, exámenes físicos y resultados de pruebas de laboratorio, otra evaluaciones, fotografías, muestras y análisis de sangre, ADN y/o heridas. Su información médica personal será utilizada para llevar a cabo el estudio de investigación tal y como se describió en el Consentimiento informado.

Si en el futuro se publican o reportan los resultados de este estudio o de alguna investigación que usted haya autorizado en revistas médicas o en una junta, su nombre no será revelado.

No se le permitirá revisar la información recopilada para el estudio hasta después de que haya concluido. Usted tendrá acceso a la información una vez que haya terminado el estudio. Ascension Wisconsin no determinará el tratamiento o el pago dependiendo si firma o no este documento. Sin embargo, este documento es un requisito si desea participar en el estudio.

La autorización para divulgar su información personal médica en relación con el estudio vencerá al concluir el estudio y cuando todos los datos se hayan transferido al patrocinador. Usted puede anular esta autorización para el uso de su información personal médica en cualquier momento, por escrito, y dirigirla a Ascension Wisconsin IRB Office en 400 W Riverwoods Pkwy, Glendale, WI 53212. Usted entiende que si Ascension Wisconsin ya ha tomado una medida dependiendo de su autorización, no tiene la obligación de revertir tal medida. Si usted revoca la autorización para el uso y divulgación de información médica personal en relación con el estudio, ya no podrá participar en el estudio.

Una vez que la información haya sido divulgada, ya no podrá ser controlada por el médico que condujo el estudio, Ascencion Wisconsin o por usted y podría volver a ser divulgada por el receptor. Por consiguiente, su información ya no estaría protegida por HIPPA.

Se colocará una fotocopia de este documento en su expediente médico y se le dará una copia.

Al firmar este documento, usted reconoce que ha leído y entendido esta autorización. Además, usted autoriza a los investigadores a usar o divulgar su información médica de acuerdo con las reglas de esta autorización.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del estudio:** enter title **Patrocinador:** enter sponsor name  | **IRB#** enter IRB # NCT # enter NCT #, if applicable  |
|  Nombre del individuo con letra de imprenta  Firma del individuo/ representante legal autorizado (RLA) Fecha  *Si firma el RLA, parentesco con el individuo:*  |