

Red Carpet Entry (RCE) Program Implementation Project

Attachment # 4d

HIPAA Authorization (Spanish)

Autorización HIPAA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

Autorización para el uso o divulgación de información médica Red Carpet Entry

Nombre del paciente: _____
Primero Segundo Apellido

Fecha de nacimiento del paciente: ____ / ____ / ____
Mes/Día/Año

Yo, el abajo firmante, autorizo la divulgación de mi información médica identificable individualmente para fines de investigación, como se describe a continuación.

Descripción de la información que se divulgará, incluidas las fechas de servicio relacionadas con dicha información:

La información que se divulgará incluye citas y asistencia a la clínica, confirmación del diagnóstico del VIH e información demográfica como edad, sexo y raza / etnia. Esta información se recopilará durante el período de inscripción en el estudio. En el caso de que las operaciones normales de [nombre de la clínica] se detengan debido a COVID-19, el estudio / período de inscripción se extenderá hasta cuatro meses.

Proveedor autorizado para divulgar mi información médica (nombre y dirección del proveedor):

[Nombre y dirección del sitio]

Personas o clase de personas a quienes se puede divulgar mi información médica:

Personal de investigación de RTI International, Research Triangle Park, NC.
Personal del estudio en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, GA.

Propósito de esta divulgación de mi información médica:

El propósito de este estudio es probar una intervención que tiene como objetivo ayudar a mejorar la salud y el bienestar de las personas con el VIH. La información de salud que se divulgará para los fines del estudio proporcionará evidencia de la eficacia del programa Red Carpet Entry basado en los cambios en los resultados relacionados con los servicios para el VIH.

Esta autorización se vence al final del estudio de investigación.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a [NOMBRE DE LA CLÍNICA] por escrito.

También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará de ninguna manera mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios.

Al firmar a continuación, doy permiso al proveedor mencionado anteriormente para que divulgue información médica sobre mí al personal de RTI International para los fines de la investigación descritos anteriormente. También entiendo que las personas que recibieron mi información médica pueden no estar obligadas por las leyes federales de privacidad (Regla de Privacidad) a protegerla, y pueden compartir mi información con otras personas sin mi permiso, si lo permite la ley que rige el tipo de datos.

Podemos darle una copia sin firmar de este formulario si lo desea.

Firma del paciente o del representante personal del paciente

Fecha: _____
Mes/Día/Año

Para el representante personal del paciente (si es aplicable):

Nombre del representante personal en letra de molde: _____
Primero Segundo Apellido

Relación del paciente con el representante/Autoridad para actuar por el paciente

(padres, guardián, etc.): _____

