

Formulario HIPAA 2232011 v2 Entendiendo los factores asociados con el estudio.....
(Spanish version)

AUTORIZACION PARA USAR Y REVELAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA PARA FINES DE INVESTIGACION

Información Sobre el Estudio de Investigación

Las Doctoras. Reisine y Schensul y su personal están realizando un estudio de investigación denominada: Cambios en las Prácticas de Normas e Higiene en Salud Bucal entre Adultos Mayores. El propósito del estudio es entender las creencias y conductas de personas adultas mayores relacionadas su salud bucal y ayudarles a mejorarlas.

Acuerdo Voluntario

Debido a una ley federal denominada Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), debemos obtener su permiso para usar y divulgar su información de salud identificable que usted ha dado para este estudio de investigación. Esta forma documenta su permiso. Debido a las regulaciones de HIPAA usted también debe recibir una copia de las normas sobre la privacidad del Centro de Salud.

Su decisión de dar permiso o no es voluntaria. La (única consecuencia por no conceder permiso es que no se le permitirá participar en este estudio de investigación.

Información Que Sera Utilizada/Divulgada

Información sobre usted que puede ser utilizada y divulgada con el propósito de este estudio de investigación es la siguiente:

- Información demográfica;
- resultados de exámenes dentales
- historias médica y dental

Como se Utilizará/Divulgará la Información

La información señalada arriba será utilizada y divulgada para el(los) siguiente(s) fin(es):

- describir las características de los participantes
- para hacer un seguimiento del estado de su dentadura
- Para evaluar la relación entre la información demográfica y los resultados de la salud bucal
- Para determinar si usted debe ser excluido/a del examen dental

Personas/Oficinas que Tendrán Acceso a Su Información

Las siguientes personas/entidades pueden usar y divulgar su información medica protegida.

- Las doctoras Susan Reisine y Jean Schensul y su personal
- El Consejo Institucional de Revisión y la Oficina de Protección de Sujetos Humanos y la

Oficina de Cumplimiento de Investigación del Centro de Salud

- Representantes del Hospital o el Centro de Salud de la Universidad de Connecticut.
- Representantes del gobierno, como la Administración de Drogas y Alimentos o la Oficina de Protección para Investigación Humana; cuando sea requerido por ley.
- El patrocinador de este estudio, El Instituto Nacional para Investigación Dental y Craneofacial

Los investigadores y su personal están de acuerdo en proteger su información, usándola y divulgándola solamente bajo las circunstancias descritas en este documento y dirigidas por las leyes federales y estatales. Una vez que su información ha sido divulgada a cualquier institución, fuera de esta institución, la información quizás no sea protegida por esta autorización.

Las razones para compartir su información son poder llevar a cabo la investigación, y para garantizar que la investigación cumple requisitos legales, institucionales y/o de acreditación.

Derecho de Acceso a la Información

A usted no se le permitirá revisar la información obtenida para este proyecto de investigación hasta que la colección de la información es terminada y/o el estudio se haya terminado

Caducidad del Permiso

Su permiso para utilizar y divulgar su información médica protegida no tiene fecha de caducidad .

Como Retirar su Permiso

Usted puede retirar su permiso en cualquier momento informándole a la Dra. Susan Reisine a través de una carta enviada a la University of Connecticut School of Dental Medicine, MC3910, 263 Farmington Ave., Farmington, CT., 06030. Si usted retira su permiso usted ya no podrá participar en este estudio. Si usted retira su permiso la Investigadora principal PI y su personal no podrán utilizar y divulgar su información medica protegida. Hay excepciones a esta regla. Por ejemplo, los investigadores pueden continuar utilizando y divulgando su información medica protegida que se recogió para el estudio de investigación antes de recibir su solicitud para retirar su permiso.

Preguntas o Quejas

Si usted tiene alguna pregunta, preocupación o queja sobre sus derechos de privacidad, usted puede escribir al Director of Patient Relations at the University of Connecticut Health Center, 263 Farmington Avenue, Farmington CT 06030-1112. Si tiene una queja, usted también puede escribir al Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos (DHHS) al DHHS Regional Manager, Office of Civil Rights, U.S. Dept. of Health and Human Services Government Center, J.F. Kennedy Federal Building, Room 1875, Boston MA 02203. Las quejas deberán ser enviadas dentro de 180 días a partir del día en que usted supo, o debería haber tenido conocimiento del problema.

Requisitos del Estado de Connecticut

En este estudio no se le pedirá información sobre SIDA, VIH, sobre servicios de salud mental, siquiatria o tratamientos para alcoholismo o abuso de drogas. Si esta clase de información se refiere a usted, puede haber una pequeña posibilidad de que esta información sea divulgada inadvertidamente durante el curso del estudio. El Estado de Connecticut requiere que la divulgación de este tipo de información sea específicamente autorizada. Firmando esta autorización que tiene un propósito doble, usted acepta el conocimiento de que existe la posibilidad de que dicha información sea divulgada.

Permiso para el Uso y la Divulgación de Información

Usted es un/a participante voluntaria de este estudio de investigación, o usted esta autorizado para actuar en nombre del participante y lo está haciendo voluntariamente. Al firmar usted reconoce que ha leído este formulario, tuvo la oportunidad para hacer preguntas, y recibir explicaciones satisfactorias, y que usted autoriza el uso y divulgación de la información de salud protegida como se describe en este formulario. Usted recibirá una copia de este formulario después de que sea firmado.

Firma del participante de la investigación o
el representante legal del participante *

Fecha

Nombre en letra de imprenta del participante de la investigación y si aplicable del representante legal del participante *

La relación del representante al sujeto de la investigación

*Por favor provea documentación de su condición como un representante autorizado

El Aviso de Practicas de Privacidad del Centro de Salud de la Universidad de Connecticut se proporciona a todos los pacientes y participantes de investigación. El aviso está disponible en línea en <http://health.uchc.edu/privacy/index.htm>. El aviso explica como su información medica puede ser utilizada y divulgada y como usted puede tener acceso a esta información. Par favor ponga sus iniciales en la opción apropiada:

Usted ha recibido previamente el Aviso de Practicas de Privacidad del Centro de Salud de la Universidad de Connecticut que explica sus derechos y la política de la institución.

Se le ha proveído una copia impresa del Aviso de Practicas de Privacidad del Centro de Salud de la Universidad de Connecticut por el(los) investigador(es) y se le ha dado la oportunidad de leerlo y hacer preguntas antes de firmar este formulario.