

Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York (NYSPI)
Autorización para Utilizar o Divulgar Información de Salud Durante un Proyecto de investigación

Número del protocolo:

Investigador principal:

Título del estudio:

Antes de que los investigadores puedan usar o compartir información de salud que lo identifica (Información Médica”), como parte del proyecto de esta investigación (la “Investigación”) el Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York (NYSPI) está obligado a obtener su autorización. Usted acepta a que las siguientes personas y entidades utilicen y revelen su Información Médica como se describe a continuación:

- El Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York (NYSPI), sus médicos y otros profesionales de la salud, si fuera necesario,
- El investigador principal y su equipo de investigadores (juntos, “Investigadores”). Estos investigadores pueden incluir el personal de NYSPI, de la Fundación de Investigación de Higiene Mental, Inc. (RFMH) y de la Universidad Columbia (CU), a condición de que este personal sea parte de la investigación y
- Los proveedores de servicios en las investigaciones hechas en CU, NYSPI y/o RFMH, tales como MRI, PET o los laboratorios de referencia central en el Instituto Nathan Kline (NKI), si están indicados en el formulario de consentimiento.

1. La Información Médica que pueda ser utilizada y/o divulgada para fines de investigación incluye:

Toda la información recopilada durante el proyecto de la Investigación, cual sería explicada a usted según las normas del formulario de consentimiento informado.

La Información Médica en su archivo clínico que incluye los resultados de exámenes físicos, historia médica y psiquiátrica, diagnóstico y análisis de laboratorio, o información de una condición particular de salud que esté relacionada con la Investigación.

Información adicional puede incluir:

2. La Información Médica enumerada anteriormente se puede utilizar y/o divulgar:

A investigadores y su personal en otras organizaciones que estén involucrados en esta Investigación.

Al Patrocinador del proyecto de la Investigación, junto a sus agentes y contratistas.

A los representantes de agencias reguladoras y gubernamentales, las juntas de revisión institucional y representantes de los proyectos de Investigación, al nivel necesario para llevar a cabo sus deberes relacionadas con la conducta de la Investigación.

A laboratorios privados y organizaciones relacionadas con este estudio que analizan su Información Médica.

A otros que usted indique (tales como familiares, su pareja, personas asignadas en este estudio, etc.).

3. Al permitir que revelemos su Información Médica (como se indica anteriormente) usted comprende que su Información Médica puede ser revelada a personas u organizaciones que no están obligadas a cumplir con las leyes federales y estatales que gobiernan las prácticas de privacidad en NYSPI. Esto significa que después que su Información Médica se ha revelado a un tercer partido que no tiene que seguir estas leyes (por ejemplo, una empresa farmacéutica o un Patrocinador de Investigación), su Información Médica no estará protegida bajo los requisitos de HIPAA o la ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York.

No obstante si revelan su Información Médica, están obligados a regirse por los términos en el formulario de consentimiento y a otras regulaciones o leyes federales de privacidad.

4. **Por favor note que:**

- Usted no tiene que firmar esta Autorización, pero si no la firma, es posible que no pueda participar en este estudio ni recibir cuidado relacionado con este estudio. Puede cambiar su opinión en cualquier momento y por cualquier razón, pero si lo hace, puede que no le permitan participar en el estudio. Si usted retira esta Autorización, el personal de la Investigación y el Patrocinador (si éste sea un proyecto patrocinado), aún pueden utilizar y revelar la Información Médica que ellos han recopilado, lo cual sería necesario para mantener la fiabilidad de la Investigación. Cualquier solicitud de retirar esta Autorización debe hacerse por escrito y dirigirse a:
- Mientras la Investigación continúa, a usted no se le permitirá revisar su Información Médica en su archivo de investigación clínica que ha sido creado o recopilado por NYSPI. Cuando se haya completado esta Investigación, se le podrá permitir ver esta información. Si fuera necesario para su atención cuidado, le daremos su Información Médica a su médico o a usted.

5. Esta Autorización no tiene fecha de finalización.

6. Recibirá una copia de este formulario después que lo haya firmado.

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de la mi Información Médica como se ha descrito anteriormente.

Firma del Participante/Representante Legal

Fecha

Nombre del Participante (en letra de molde)

Relación del Representante Legal
con el Participante (si aplica)

También pedimos a usted o a su representante legal que inicie la siguiente declaración:

He recibido copia del Aviso de Prácticas de Privacidad [