

**University of California [San Diego Health System](#)**  
**Permiso para usar información médica personal para fines de investigación**

Título del  
**IRB# 170957 Alzheimer's Disease Research Center (ADRC)**

Nombre del investigador principal:  
**Douglas Galasko, MD**

Patrocinador/agencia de financiación (si está financiado):  
**National Institute of Aging**

**A. ¿Cuál es el objetivo de este formulario?**

Las leyes estatales y federales de privacidad protegen el uso y la divulgación de su información médica. De conformidad con estas leyes, la University of California o su proveedor de atención médica no pueden divulgar su información médica para fines de investigación, a menos que usted otorgue el permiso para hacerlo. Su información se divulgará al equipo de investigación, que incluye, los investigadores, personas contratadas por la universidad o el patrocinador para llevar a cabo investigación y las personas con la autoridad para supervisar la investigación. Si decide otorgar su permiso y participar del estudio, debe firmar este formulario así como el Formulario de consentimiento. Este formulario describe las diferentes formas en que [UC San Diego Health System](#) puede compartir su información con el investigador, el equipo de investigación, el patrocinador y las personas con responsabilidad de supervisión. El equipo de investigación usará y protegerá su información tal como se describe en el Formulario de consentimiento adjunto. No obstante, una vez que [UC San Diego Health System](#) divulgue su información médica, ésta posiblemente ya no esté protegida por las leyes de privacidad y pueda ser compartida con otros. Si tiene preguntas, diríjase a un miembro del equipo de investigación.

**B. ¿Qué información médica personal se divulgará?**

Si otorga su permiso y firma este formulario, permitirá lo siguiente: [UC San Diego Health System](#) divulgar los siguientes registros médicos, que incluyen su Información médica personal. Su Información médica personal incluye información médica incluida en sus registros médicos, registros financieros y otra información que pueda identificarlo.

- |                                                                     |                                                                          |                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica completa       | <input checked="" type="checkbox"/> Informes de laboratorio y patologías | <input checked="" type="checkbox"/> Registros del Departamento de emergencias |
| <input checked="" type="checkbox"/> Registros clínicos ambulatorios | <input checked="" type="checkbox"/> Registros odontológicos              | <input type="checkbox"/> Registros financieros                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Notas sobre progreso            | <input checked="" type="checkbox"/> Informes operativos                  | <input checked="" type="checkbox"/> Informes de imágenes                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Otros informes de pruebas       | <input checked="" type="checkbox"/> Resumen del alta                     | <input checked="" type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos              |
| <input type="checkbox"/> Otro (describir)                           | <input checked="" type="checkbox"/> Consultas                            | <input checked="" type="checkbox"/> Pruebas psicológicas                      |
- ¿Debe otorgar su permiso para determinados usos específicos?

**C. Sí. La información a continuación solo se divulgará si otorga su permiso específico mediante sus iniciales en la(s) línea(s).**

- \_\_\_ Acepta divulgar la información relacionada con el abuso de drogas y alcohol, diagnóstico o tratamiento.
- \_\_\_ Acepta divulgar la información sobre pruebas de VIH/SIDA.
- \_\_\_ Acepta divulgar información sobre pruebas genéticas.

\_\_\_ Acepta divulgar información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de salud mental.

#### **D. ¿Quién divulgará o recibirá su Información médica personal?**

Su Información médica personal puede compartirse con estas personas para los siguientes fines:

1. Al equipo de investigación para las investigaciones descritas en el Formulario de consentimiento adjunto.
2. A otras personas en UC con la autoridad para supervisar la investigación.
3. A otras personas que la ley nos exija para revisar la calidad y seguridad de la investigación, incluso: organismos gubernamentales de los Estados Unidos, tal como la Administración de Drogas y Alimentos o la Oficina de Protección para la Investigación en Humanos, el patrocinador de la investigación [National Institute of Aging](#) o los representantes del patrocinador, incluidos, entre otros, [UC San Diego Health System](#) u organismos gubernamentales en otros países.

#### **E. ¿De qué forma se compartirá su Información médica personal para la investigación?**

Si acepta participar de este estudio, el equipo de investigación puede compartir su Información médica personal de las siguientes formas:

1. Para llevar a cabo la investigación
2. Compartirla con investigadores en los Estados Unidos o en otros países
3. Usarla para mejorar el diseño de estudios futuros
4. Compartirla con socios comerciales del patrocinador
5. Presentar solicitudes ante organismos del gobierno de Estados Unidos o extranjeros y obtener la aprobación de nuevos fármacos o productos de cuidados para la salud

#### **F. ¿Tiene obligación de firmar este documento?**

No, no tiene la obligación de firmar este documento. Recibirá la misma atención clínica si no lo firma. No obstante, si no firma este documento, no podrá participar de este estudio de investigación.

#### **G. Actividad de investigación opcional**

SI la investigación en la que está de acuerdo en participar posee actividad de investigación opcional adicional, tal como se le explicó en el proceso de consentimiento informado, puede optar por otorgar su permiso para compartir su información para estas actividades o no. Podrá participar de este estudio de investigación o recibir la misma atención clínica si no otorga su permiso para estas actividades de investigación opcionales.

\_\_\_ Acepta permitir la divulgación de su información para las actividades de investigación opcionales adicionales explicadas en el proceso de consentimiento informado.

\_\_\_ Esta sección no se aplica a este estudio.

#### **H. ¿Su permiso tiene fecha de vencimiento?**

Este permiso para divulgar su Información médica personal vence cuando finalice la investigación y finalicen todas las tareas de supervisión del estudio necesarias.

#### **I. ¿Puede cancelar su permiso?**

Puede cancelar su permiso en cualquier momento. Puede hacerlo de dos formas: puede escribir al investigador o puede solicitar a alguien del equipo de investigación que le proporcione un formulario para completar y cancelar su permiso. Si cancela su permiso, ya no podrá participar del estudio de investigación. Se recomienda que pregunte a alguien del equipo de investigación si la cancelación de su permiso afectará su tratamiento médico. Si cancela el permiso, la información ya recopilada o divulgada sobre usted puede continuar siendo utilizada para

finés limitados. Además, si la ley lo exige, el patrocinador y los organismos del gobierno pueden seguir teniendo acceso a sus registros médicos para revisar la calidad o seguridad del estudio.

## **J. Firma**

### **Sujeto**

Si acepta usar y divulgar su Información médica personal, coloque su nombre en letra de imprenta y firme a continuación. Se le otorgará una copia firmada de este formulario.

\_\_\_\_\_  
Nombre del sujeto (letra imprenta): *obligatorio*

\_\_\_\_\_  
Nombre del sujeto

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Padre o representante autorizado legalmente**

Si acepta usar y divulgar la Información médica personal del sujeto mencionado anteriormente, coloque su nombre en letra de imprenta y firme a continuación.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o del representante autorizado legalmente  
(letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Vínculo con el sujeto

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o del representante autorizado legalmente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Testigo**

Si este formulario se le lee al sujeto dado que este no puede leer el formulario, debe estar presente un testigo y se requerirá que coloque su nombre en letra de imprenta y firme aquí:

\_\_\_\_\_

Nombre del testigo (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_

Firma del testigo

\_\_\_\_\_

Fecha