

UNIVERSIDAD DE YALE

**Autorización para Hacer Investigación**

Nombre del Sujeto:

Número de  
Expediente Médico #:

Investigador Principal:

IRB #:

Información para  
comunicarse con el  
Investigador :

**Al Sujeto:**

Nosotros entendemos que la información que obtenemos a cerca de usted y su niño (a) relacionada a su cuidado de salud es personal. Los investigadores están requeridos por ley a proteger la privacidad de la información conocida como información protegida de salud (PHI). Todos los esfuerzos razonables se harán para proteger la confidencialidad de la información protegida de salud de usted y/o su niño que pueda ser compartida con otros que sirven como apoyo en esta investigación, para realizar informes de salud pública y cumplir con la ley según sea requerido. A pesar de estas protecciones, existe una posibilidad que la información a cerca de usted y/o su niño(a) pueda ser usada o divulgada de una manera que deje de estar protegida.

En esta forma, describiremos quienes estarán trabajando con esta información y le pediremos su permiso para utilizar esta información en el estudio de investigación. Por favor lea esta forma cuidadosamente. Si usted tiene alguna pregunta, por favor pregunte al investigador principal mencionado arriba en el documento, antes de firmar esta forma.

Al firmar esta forma de autorización para hacer investigación, usted autoriza el uso y/o divulgación de la información descrita a continuación para este estudio de investigación. **[insert brief description of study]**.

Usted tiene el derecho de negar a firmar esta autorización. Ni su cuidado de salud (o de su niño (a)) fuera del estudio, ni el pago por su cuidado de salud o sus beneficios de salud se verán afectados si usted no firma esta forma.

Si usted no firma esta forma, usted (o su niño(a)) no podrá participar en el estudio de investigación descrito en esta autorización y no recibirá tratamiento como sujeto de investigación.

Si usted firma esta autorización, usted puede cambiar de parecer en cualquier momento, pero los investigadores pueden continuar utilizando la información colectada antes de que usted cambiara de parecer en completar la investigación.



Coordinador del estudio:

Miembros adicionales del equipo investigador:

Organización de Investigación contratada (Nombre)

Consejo de Monitoria y Seguridad de Datos y otros monitores autorizados a revisar la conducta bajo la cual se realiza el estudio:

Otros (según descrito a continuación)

**¿Qué información de salud personal será usada o divulgada?**

La siguiente información a cerca de usted podría ser utilizada y divulgada:

**[Check appropriate box and provide description of PHI]**

Expediente del estudio de investigación.

Expedientes Médicos y de Laboratorios de sólo aquellos servicios provistos en conexión con este estudio.

El record de la investigación y expedientes médicos mantenidos por \_\_\_\_\_ a: **[Institución]** creados desde:

La siguiente información: \_\_\_\_\_

---

---

---

## **Firma**

He leído esta forma y todas mis preguntas a cerca de esta forma me han sido contestadas. Mi firma a continuación, también indica que he dado permiso para los usos y divulgación de la información anteriormente descrita.

\_\_\_\_\_  
Firma del Sujeto o Persona que le Representa

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del Sujeto o Persona que le Representa (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad del Representante Legal

***SE LE TIENE QUE PROVEER AL SUJETO O A EL/LA REPRESENTANTE PERSONAL DEL SUJETO UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO LUEGO DE HABER SIDO FIRMADA.***

**RECIBIDO Y RECONOCIDO**

\_\_\_\_\_  
**COMITÉ DE INVESTIGACIONES HUMANAS  
UNIVERSIDAD DE YALE**