

## NEW YORK EYE AND EAR INFIRMARY

### AUTORIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_  
Número de estudio IRB: \_\_\_\_\_

*Entendemos que la información sobre usted y sobre su salud es de carácter privado, y es nuestro compromiso el de proteger la privacidad de dicha información. Debido a este compromiso, tenemos la obligación de obtener su autorización por escrito antes de poder utilizar o revelar la información protegida sobre su salud con los fines investigativos que se describen a continuación. Este formulario nos proporciona su autorización, y nos ayuda a asegurarnos de que usted esté debidamente informado sobre cómo se utilizará o divulgará esta información. Por favor, lea atentamente la siguiente información antes de firmar este formulario.*

#### **USO Y DIVULGACIÓN CUBIERTOS POR ESTA AUTORIZACIÓN**

*Usted o su representante deben leer la información contenida en este formulario antes de firmarlo. Es necesario que un representante de New York Eye and Ear Infirmary haya contestado por escrito las siguientes preguntas antes de entregarle este formulario de autorización, y debe responder a todas sus preguntas antes de que usted firme el formulario. NO FIRME EL FORMULARIO EN BLANCO.*

**¿Quién divulgará, recibirá y/o utilizará la información?** Todas las personas, clases de personas y/u organizaciones que figuran en la Sección A y las que sean marcadas en la Sección B pueden divulgar, utilizar y recibir la información y pueden utilizarla y divulgarla a las demás partes indicadas en esta lista, a usted o a su representante personal, o según lo establecido por la ley.

#### Sección A

- El personal dedicado a la investigación y el personal médico de este Centro Hospitalario
- Cualquier profesional dedicado al cuidado de la salud que le preste servicios a usted en relación con este estudio
- Cualquier laboratorio y demás personas y organizaciones que analicen la información relativa a su salud en relación con este estudio y según el protocolo del estudio
- La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos y cualquier otro organismo público que supervise la investigación
- Los miembros y el personal de la Junta de Revisión Institucional (IRB) del hospital
- Los miembros y el personal de la Junta de Privacidad afiliada al hospital
- El Investigador Principal: \_\_\_\_\_
- El Coordinador del Estudio: \_\_\_\_\_
- Los Miembros del Equipo de Investigación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ y los colegas de los médicos y los responsables de la gestión de datos en The New York Eye & Ear Infirmary que colaboren con el Investigador Principal en este proyecto de investigación.

### Sección B

- Todos los demás centros de investigación que participen en este estudio, incluido el personal dedicado a la investigación y el personal médico de cada centro.
- El patrocinador o los patrocinadores de la investigación indicados a continuación:  
\_\_\_\_\_
- La organización de investigación por contrato: \_\_\_\_\_
- Junta de Supervisión de Seguridad de Información/Comité de Eventos Clínicos
- Otros (tal como se describen más abajo):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nota: El nombre del patrocinador o de la organización de investigación por contrato puede variar en caso de producirse fusiones, cesiones o ventas de activos.

**¿Qué información se utilizará o divulgará?** A continuación, las casillas que correspondan deben estar debidamente marcadas y las descripciones deben ser lo suficientemente detalladas como para que usted (o cualquier organización que deba divulgar información de conformidad con esta autorización) pueda comprender qué información se va a utilizar o a divulgar.

- Se pueden utilizar y divulgar todos los registros de la investigación y cualquier registro médico que se encuentre bajo la custodia del hospital.
- La siguiente información:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Información relativa al VIH, incluida cualquier información que indique que usted se ha sometido a una prueba relacionada con el VIH, está infectado por el VIH o sufre una enfermedad relacionada con el VIH o con el SIDA, o cualquier información que pudiera indicar que usted ha estado potencialmente expuesto al VIH.

#### **Aviso relativo a la información relacionada con el VIH**

Si usted está autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, sepa que el receptor o los receptores de esa información relacionada con el VIH tienen prohibido divulgarla a su vez sin su autorización, a menos que las leyes federales o estatales así lo permitan. Usted también tiene derecho a solicitar un listado de las personas que pueden recibir o utilizar su información relacionada con el VIH sin su autorización. Si usted sufre algún tipo de discriminación como consecuencia de la divulgación o la revelación de información relacionada con el VIH, puede comunicarse con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York llamando al (212) 480-2493, o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York, (212) 306-7450. Estos organismos tienen la responsabilidad de proteger sus derechos.

## ACUERDOS ESPECÍFICOS

Al firmar este formulario de autorización de investigación, usted autoriza el uso y/o la divulgación de la información protegida sobre su salud descrita anteriormente. El objetivo de los usos y divulgaciones que usted autoriza es llevar a cabo el proyecto de investigación que se le ha explicado durante el proceso de consentimiento informado, así como garantizar que la información relativa a esa investigación esté a disposición de todas las partes que puedan necesitarla con fines de investigación. Su información también se puede utilizar según sea necesario para su tratamiento relacionado con la investigación, para cobrar los honorarios correspondientes a su tratamiento médico (y su tratamiento relacionado con la investigación, si éste fuera el caso) y para realizar las tareas administrativas propias del hospital.

El personal y los médicos de New York Eye and Ear Infirmary que están llevando a cabo esta investigación utilizarán y divulgarán su información únicamente en la forma descrita anteriormente. New York Eye and Ear Infirmary ha solicitado que el patrocinador de la investigación y sus agentes utilicen su información únicamente para esta investigación y no para otros fines. Sin embargo, después de divulgar la información a otras personas para los fines relacionados con la investigación, New York Eye and Ear Infirmary no podrá controlar directamente el uso y la divulgación que se pueda hacer de dicha información en el futuro. .

Usted tiene derecho a negarse a firmar esta autorización. Si usted no firma este formulario, los servicios de cuidado de la salud que usted reciba al margen del estudio, el pago de tales servicios y sus beneficios relacionados con ellos no se verán afectados, pero usted no podrá participar en la investigación que se describe en esta autorización. Si usted firma esta autorización, tendrá derecho a revocarla en cualquier momento, excepto en la medida en que el hospital ya haya iniciado alguna acción sobre la base de su autorización, o necesite la información para completar algún análisis o informe con datos para esta investigación. Esta autorización no tiene fecha de caducidad, a menos que usted la revoque y sólo a partir de ese momento. Para revocar esta autorización, diríjase por escrito al Investigador Principal, \_\_\_\_\_, en The New York Eye & Ear Infirmary, \_\_\_\_\_, New York, New York 10003.

Usted recibirá una copia de este formulario después de firmarlo.

### FIRMA

*He leído este formulario y todas mis preguntas sobre el mismo han sido respondidas. Al firmar este formulario en el espacio correspondiente a continuación, declaro que he leído y que acepto todos los términos anteriores.*

\_\_\_\_\_  
Firma del sujeto o de su representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del sujeto o de su representante personal,  
en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Dirección del sujeto o de su  
representante personal

\_\_\_\_\_  
Descripción de la capacidad en que interviene  
el representante personal

\_\_\_\_\_  
Número(s) de teléfono del sujeto o  
de su representante personal

***UNA VEZ FIRMADO ESTE FORMULARIO, ES OBLIGATORIO ENTREGAR UNA COPIA DEL MISMO AL SUJETO O A SU REPRESENTANTE PERSONAL.***