UNIVERSITY of WASHINGTON
HUMAN SUBJECTS DIVISION
Box 359470
Seattle, WA 98195-9470
Phone: 206-543-0098
Fax: 206-543-9218

Autorización HIPAA

Para el Uso de Información de Salud del Paciente para los Estudios

Título del Estudio: Proyecto de parte de Medicaid Asma: Visitas en el Hogar – Mejorando Salud y Reduciendo los Costos de Salud (MAP)

Investigador Principal: James W. Krieger, MD, MPH

Institución del Investigador Principal: Salud Pública Seattle-Condado de King

RECEIVED
Human Subjects Division
MAR 19 2010
UW

A. Propósito de este formulario

El propósito de éste formulario es para dar su permiso al equipo de investigación para obtener, usar y revelar su información de salud protegida. Su información de salud será usada para llevar a cabo el estudio de investigación nombrado anteriormente.

Este documento es usado también para los padres para proveer permiso acerca de la información de salud protegida de sus hijos menores, y para los representantes legalmente autorizados (como por ejemplo, un miembro de familia apropiado) para proveer permiso sobre información de salud protegida de sujetos quienes no tienen capacidad por si mismos de proveer permiso. En tales casos, los términos "usted" y "su información de salud" generalmente refieren al sujeto en vez de la persona proveyendo el permiso.

Leyes estatales y federales de privacidad protegen su información de salud. Estas leyes explican que, en el mayor de los casos, su médico puede revelar su información de salud identificable al equipo de investigación sólo si usted les de su permiso por medio de firmar este formulario.

Usted no tiene que firmar este formulario de permiso. Si usted no firma, usted no será permitido reunir al estudio. Su decisión de no firmar este permiso no afectará cualquier otro tratamiento, atención médica, inscripción en cualquier plan de aseguranza de salud o en su elegibilidad para beneficios.

B. La información sobre el paciente que será obtenida y utilizada

"Información del paciente" significa la información de salud que esté en su registro médico u otros registros de atención médica. También incluye información en sus registros que le puede identificar. Por ejemplo, puede incluir su nombre, dirección de casa, número telefónico, fecha de nacimiento, y su número de registro médico.

1. Ubicación de información del paciente

- Por medio de firmar este formulario esta dando su permiso de revelar su información del paciente para éste estudio a las siguientes organizaciones.

Nombre de la organización(es) de atención médica o proveedor(es): Community Health Plan of Washington (CHPW) y Molina

Otra: _____

2. Información del paciente que será revelada para el uso del estudio de investigación esta listada abajo:

Este permiso es para la atención médica proveído a usted durante el periodo de tiempo que sigue: desde la fecha usted firma la forma del consentimiento hasta que termine del estudio.

La información especifica que será revelada y usada para el propósito de este estudio esta descrita abajo:

- Historial Médico / tratamiento
- Estatus de asma por los últimos 14 días
- Visitas medicas, programadas y no programadas desde la última visita del CHW
- Uso de medicamento y el técnico de su uso
- Uso del plan de acción de asma
- Provocantes de asma en el hogar
- Números de identificación individuales: número del plan de aseguranza de salud y número Medicaid como el PIC#
- Nombres (niño y padre o guardián legal)
- Dirección de hogar
- Números de teléfono
- Nombre de la clínica primariamente utilizada y nombre del médico
- Fecha de hospitalización, visitas al salón de emergencias, y visita a la clínica, y surtimiento de recetas médicas
- Datos de medicamentos: surtimiento de recetas médicas, y fecha de surtimiento, cantidad, y días de surtimiento
- Datos de un reclamo: datos del servicio, código CPT, cantidad del recibo y cantidad pagado, pagador (DSHS vs. aseguranza, vs. auto pago)

C. Como su información de paciente será usada

El investigador usará su información de salud solamente en las maneras que están descritas en la forma del consentimiento del estudio que usted firma y como descrita aquí.

La forma de consentimiento del estudio describe quien tendrá acceso a su información. También describe como será protegida su información. Usted puede preguntar al equipo de estudio sobre qué harán con la información suya y como ellos la protegerán.

Las leyes de privacidad no siempre requieren que el recibidor de su información la mantenga confidencial. Después que se le ha dado su información a otros, hay un riesgo que puede ser compartida sin su permiso.

D. Vencimiento

Este permiso para que los investigadores puedan obtener su información de paciente termina cuando el estudio termina y cualquier proceso requisito de monitorear el estudio termine. Esto se espera que sea en el mes de Agosto 31, 2015.

E. Cancelando su permiso

Usted puede cambiar su mente en cualquier momento. Para retractar su permiso, usted tiene que someter su petición **por escrito** a:

Marissa Brooks, MPH
King County Asthma Program
401 Fifth Avenue, Suite 900
Seattle, WA 98104-1818

Si retracta su permiso, el equipo del estudio todavía puede mantener y usar cualquier información de salud sobre usted que ya tengan. Pero no pueden obtener más información acerca de usted para éste estudio con excepción de que sea requisito por una agencia federal que tiene responsabilidad de monitorear el estudio.

Si retracta su permiso, tendrá que dejar el estudio de investigación. Esto quiere decir que no tendría ningún otra visita en el hogar por parte del estudio. Cambiando su mente no afectará cualquier otro tratamiento, pago, atención médica, inscripciones en otros planes de aseguranza o elegibilidad para beneficios.

F. Dando Permiso

Usted da su permiso de revelar su información por medio de firmar esta forma.

_____

Nombre impreso del sujeto del estudio **(Niño)** Fecha de Nacimiento

_____

Firma del sujeto del estudio **(Niño)** Fecha de la firma

_____

Nombre impreso de la persona autorizada de dar permiso **(Padre/Guardián)**

_____

Firma de la personal autorizada de dar permiso **(Padre/Guardián)** Fecha de nacimiento

_____

Relación al sujeto y descripción de la autoridad que tiene
(Ejemplos: padre / guardián /cuidador del niño)

Usted recibirá una copia de esta forma firmada. Por favor manténgala con sus registros personales.