



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS (Información médica protegida)

(PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE WHI)
Divulgar registros de:

Divulgar registros a: Women's Health Initiative

Centros regionales del NE

- University at Buffalo
65 Farber Hall
Buffalo, NY 14214
716-829-3128; 855-944-2255
- Brigham & Women's Hospital
Division of Preventive Medicine
900 Commonwealth Ave E, 3rd Fl.
Boston, MA 02215
617-278-0791; 800-510-4858

Centros regionales del SE

- Wake Forest School of Medicine
Medical Center Blvd.
Campus Box 3151
Winston Salem, NC 27157
877-736-4962
336-713-8646 (Fax)

Centros regionales del Medio Oeste

- OSU at Wexner Medical Center
1581 Dodd Dr., Suite 140
Columbus, OH 43210
614-688-3563; 800-251-1175

Centros regionales del Oeste

- Stanford WHI Regional Center
1070 Arastradero Rd., Suite 100
Palo Alto, CA 94304
888-729-8442

Centro Clínico de Coordinación de WHI

- Fred Hutch (WHI)
1100 Fairview Ave N, M3-A410
Seattle, WA 98109
800-514-0325

El Estudio de Extensión de La Mujer y Su Salud (WHI) es un estudio nacional patrocinado por los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH) cuyo actual propósito es obtener información sobre la salud de mujeres posmenopáusicas. Al firmar este formulario, doy mi permiso a estos centros para proporcionar información sobre mi atención médica y mis afecciones a: los investigadores en el Centro Clínico de Coordinación (Clinical Coordinating Center, CCC) de WHI y las empresas asociadas del Centro Regional.

Etiqueta de ID del Participante

WHI utilizará la información divulgada solamente con fines de investigación y se mantendrá en estricta confidencialidad. Algunos ejemplos de la información médica que se solicita:

- Resumen de altas
- Informes quirúrgicos
- Consultas con especialistas
- Antecedentes y exámenes físicos
- Informes de procedimientos
- Registro de paciente ambulatorio/estadía breve
- Radiología/estudios por imágenes
- Análisis de laboratorio y resultados
- Notas del médico/notas de progreso
- Informes de patología/muestras
- Códigos de diagnósticos/procedimientos
- Registros de la sala de emergencias
- Otro: _____

Al firmar, acepto que he leído y comprendido lo siguiente:

- La firma de esta autorización es voluntaria.
- Aunque La Mujer y Su Salud (Women's Health Initiative, WHI) no lo haya pedido, la información que se divulgue puede incluir todos

Pase a la siguiente página. →

los aspectos del tratamiento, incluidos los análisis y/o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA o la infección por VIH, el consumo de alcohol y/o de drogas, y las enfermedades de salud mental.

- Tengo derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento notificando a WHI y la facilidad por escrito. Si lo hago, entrará en vigencia de inmediato en cuanto se reciba, y no se solicitará más información sobre mi atención médica ni mis afecciones. Si revoco esta autorización, esto no afectará la información que ya hay a sido divulgada, como tampoco afectará mi inscripción o mi participación en WHI, ni mi tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios en este centro.
- Los registros médicos mencionados anteriormente se pueden compartir con investigadores del CCC de WHI en el Centro de Investigación del Cáncer Fred Hutchinson, los Centros Regionales de WHI y sus empresas asociadas, el NIH (patrocinador del estudio), y los organismos reguladores y las juntas de revisión que supervisan la seguridad, la eficacia y la realización de la investigación. Toda divulgación de información implica la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada que puede no contar con la protección de la norma de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), pero WHI, como estudio de investigación financiado a nivel nacional, ha establecido una protección continua de la información divulgada.
- WHI **no puede** continuar utilizando o divulgando la información incluida en mis registros médicos sin mi consentimiento a menos que sea requerido por ley.
- Esta autorización seguirá siendo válida durante el transcurso del Estudio de Extensión de WHI.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- La fotocopia o facsímil de este documento tiene el mismo valor que el original.

Doy mi permiso para todos los centros y proveedores de modo que puedan divulgar mi información médica.

Firma de la participante de WHI
(o de un representante autorizado)

Fecha de hoy: ____ - ____ - 20 ____
Mes Día Año

Nombre en letra de imprenta de la participante
de WHI (o de un representante autorizado y
relación con la participante)

Fecha de nacimiento de la participante: ____ - ____ - 19 ____
Mes Día Año

N.º de teléfono: (_____) _____ - _____



01234