

**UNIVERSITY OF MIAMI
OTORIZASYON POU DIVILGE
ENFÒMASYON MEDIKAL KI KAPAB IDANTIFYE CHAK PASYAN
POU PWOSIS SELEKSYON PRELIMINÈ POU REZON RECHÈCH**

**Otorizasyon pou Itilize oswa Devwale (Divilge) Enfòmasyon Medikal
ki Idantifye w pou Posib Patisipasyon ou nan youn Etid Rechèch**

(FÒMILÈ SA A PA REPREZANTE YON KONSANTMAN ENFÒME)

NON PASYAN AN : _____

DAT LI FÈT : _____ DAT TRETMAN YO : _____

NIMEWO TELEFÒN : _____

Si w siyen dokiman sa a, oumenm _____ (*ekri non pasyan an*), bay University of Miami ak chak Administratè li yo, ofisye li yo, anplwaye l yo, ajan l yo, ak moun k ap ba l sèvis yo, ki genyen ladan men ki pa limite a moun sa yo sèlman, tout klinisyen ki patisipe nan swen w ap resevwa nan University of Miami a, pou yo itilize oswa devwale (divilge) enfòmasyon medikal ou ki idantifye ou pou posib patisipasyon (rekritman) ou nan etid rechèch ki dekri pi ba a (*ekri non ak/oswa yon deskripsyon byen kout etid la*):

Enfòmasyon medikal nou ka itilize oswa devwale (divilge) pou rezon sa a genyen ladan enfòmasyon demografik ak dyagnostik pou detèmine posiblite rekritman: (*non pasyan an, adrès, nimewo telefòn ak dyagnostik*) enfòmasyon medikal ki nan dosye medikal mwen yo epi ki gen rapò avèk maladi VIH, li genyen ladan rezilta tèst VIH mwen yo (si sa aplikab).

(*Ekri non Chèchè Prensipal la oswa moun ki responsab rekritman etid la*) ka itilize enfòmasyon sou lasante ki make anwo a epi/oswa yo ka devwale (divilge) enfòmasyon sa yo ba li ak manm ekip etid rechèch yo a:

University of Miami gen obligasyon, dapre lalwa, pou l pwoteje enfòmasyon sou lasante w. Lè w siyen dokiman sa a, ou otorize University of Miami pou l itilize ak/oswa devwale (divilge) enfòmasyon sou lasante w pou rezon rekritman pou etid rechèch sa a. Moun sa yo kap resevwa enfòmasyon sou lasante w (anplwaye etid rechèch la) ka pa oblije dapre lwa federal ki konsène enfòmasyon prive (tankou règleman HIPAA sou enfòmasyon prive) pou yo pwoteje enfòmasyon w lan, kidonk yo ka divilge enfòmasyon ou yo ba lòt moun san pèmasyon ou, si lalwa ki anvigè a otorize sa.

Tanpri, pa bliye:

- Ou pa oblije siyen Otorizasyon sa a, men si ou pa siyen l, nou pap bay anplwaye etid rechèch la, enfòmasyon kontak ou ak enfòmasyon sou lasante w ki ka idantifye w epi ki pwoteje, ki ka genyen ladan kondisyon medikal ou. Si ou pa siyen Otorizasyon sa a, sa pap afekte dwa ou genyen pou w resevwa lòt tretman medikal nan University of Miami.

University of Miami - Office of HIPAA Privacy and Security
PO BOX 019132 (M879) hipaaprivacy@med.miami.edu
Miami, FL 33101 305-243-5000 1-866-366-4874

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INDIVIDUALLY IDENTIFIABLE
HEALTH INFORMATION FOR RESEARCH PRE-SCREENING (CREOLE)**



Form
D3900059C

Revised
10/20/08

NAME: _____

MRN: _____

LAST 4 DIGITS OF SS#: _____

AGE: _____ DOB: ____/____/____

DATE OF SERVICE: ____/____/____

- Ou ka chanje lide epi anile (repran) Otorizasyon sa a, a nenpòt ki moman, eksepte nan ka kote University of Miami te deja pran yon desizyon baze sou Otorizasyon sa a. Si University of Miami poko devwale enfòmasyon kontak ou oswa lòt enfòmasyon sou lasante w bay anplwaye etid rechèch la, anilasyon w lan pral efektif pou tout divilgasyon enfòmasyon ki dekri nan Otorizasyon sa a.
- Si University of Miami oswa anplwaye etid rechèch la te pran yon desizyon baze sou Otorizasyon sa a, yo ka toujou itilize oswa devwale enfòmasyon sou lasante w yo te deja jwenn sou ou anvan w te anile Otorizasyon sa a. University of Miami baze sou Otorizasyon sa a, si, anvan dat anilasyon an, University of Miami te voye enfòmasyon kontak ou oswa lòt enfòmasyon sou lasante w bay anplwaye etid rechèch la.
- Pou anile Otorizasyon sa a, ou dwe voye yon lèt bay: Anplwaye Etid Rechèch la ki limenm fèt pou l voye yon kopi nan Biwo HIPAA pou Enfòmasyon Prive (HIPAA Privacy Office) ak nan HSRO.

Non anplwaye etid rechèch la:

Adrès:

Nimewo Telefòn:

Human Subjects Research Office

Adrès: 1500 NW 12th AVE, Suite 1002 Miami, FL 33136

Nimewo Telefòn: (305) 243-3195

- Fòmilè sa a pa reprezante yon konsantman enfòmè. Sizoka yo ta konsidere ou elijib pou patisipe nan etid sa a, yo pral mande w pou siyen yon konsantman enfòmè.
- Yo pral ba w yon kopi Otorizasyon sa a apre w fin siyen l, epi yo pral mete yon kopi nan dosye medikal ou.
- Si Otorizasyon sa a pa anile anvan sa, l ap ekspire otomatikman douz mwa apre Dat pasyan an siyen l nan oswa nan fen etid rechèch la.

Mwen konprann mwen ka refize siyen otorizasyon sa a epi si m refize siyen, sa pap afekte abilite pou m resevwa tretman oswa peman oswa li pap afekte elijiblite pou benefis mwen yo.

Mwen konprann sèten nan moun oswa òganizasyon ki ka resevwa enfòmasyon ki dekri pi wo a, se pa pwofesyonèl ki bay swen sante yo ye oswa se pa plan sante ki kouvri pa règleman federal sou enfòmasyon prive, kidonk, yo ka devwale enfòmasyon yo ankò epi lè sa a li pap pwoteje anba règleman sa yo.

***Anplwaye ki fè rekòmandasyon an dwe mete fòmilè ki siyen an nan dosye medikal pasyan an epi ekip etid la dwe voye kopi dosye medikal la pou yo eskane l.**

Siyati pasyan an oswa reprezantan legal pasyan an

Dat

Non pasyan an oswa reprezantan legal pasyan an ekri ak lèt majiskil

Si sa aplikab, bay yon deskripsyon otorite reprezantan pèsònèl la genyen pou l siyen pou patisipan an

SIYATI ENTÈPRÈT LA

DAT

Non entèprèt la ekri ak lèt detache

University of Miami - Office of HIPAA Privacy and Security
PO BOX 019132 (M879) hipaaprivacy@med.miami.edu
Miami, FL 33101 305-243-5000 1-866-366-4874

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INDIVIDUALLY IDENTIFIABLE
HEALTH INFORMATION FOR RESEARCH PRE-SCREENING (CREOLE)**

Form
D3900059C

Revised
10/20/08

NAME: _____

MRN: _____

LAST 4 DIGITS OF SS#: _____

AGE: _____ DOB: ____/____/____

DATE OF SERVICE: ____/____/____