



NOTIFICACION DE SU DERECHO A REHUSARSE A PARTICIPAR EN INVESTIGACION GENETICA CODIFICADA Y/O ANONIMA

El Estado de Oregon tiene leyes para proteger la privacidad genetica de las personas. Estas leyes le dan el derecho a rehusarse a que la informacion de su salud o muestras biologicas suyas sean usadas para investigacion. Una muestra biologica puede incluir una muestra de sangre, muestra de orina, u otros materiales recogidos de su cuerpo. Usted puede decidir si su informacion de salud o sus muestras biologicas esten disponibles para la investigacion genetica. Su decision no afectara el cuidado que usted reciba de su proveedor de cuidados de salud o la cobertura de su seguro medico.

La investigacion es importante porque nos proporciona valiosa informacion sobre como mejorar la salud, tal como maneras para prevenir o mejorar el tratamiento para enfermedades cardiacas, diabetes y cancer. Bajo la ley de Oregon, un panel de revision revisa toda la investigacion genetica antes de que se inicie. Este equipo se asegura de que los beneficios de la investigacion son mayores que cualquier riesgo para los participantes. Con la excepcion de la investigacion anonima o codificada, se requiere que usted otorgue un consentimiento escrito especifico para que la informacion de su salud o muestras biologicas suyas puedan usarse para investigacion genetica.

En la investigacion anonima, la informacion personal que podria usarse para identificar a usted, tal como su nombre o numero de registro medico, no pueden unirse a su informacion de salud o muestra biologica. En la investigacion codificada, la informacion personal que podria usarse para identificar a usted se mantiene separada de su informacion de salud o muestra biologica por lo que seria muy dificil para alguien relacionar su informacion personal con su informacion de salud o muestra biologica. En ambos tipos de investigaciones, su identidad es protegida.

Si usted desea permitir que su informacion de salud y su muestra biologica se hagan disponibles para la investigacion genetica codificada o anonima, usted no tiene que hacer nada. Si esta es su eleccion, su informacion de salud y su muestra biologica pueden ser usadas para investigacion genetica codificada o anonima sin necesidad de otra notificacion.

Si usted no desea que su informacion de salud y su muestra biologica se hagan disponibles para investigacion genetica anonima o codificada, usted debe decirselo a Samaritan Health Services checando el casillero en este formulario. Se requiere su firma como prueba de que usted ha recibido esta "Notificacion de Su Derecho a Declinar Participar en Futuras Investigaciones Geneticas Codificadas o Anonimas".

Su decision se hace efectiva en la fecha en que Samaritan Health Services recibe su respuesta y puede hacerlo ahora durante este procedimiento de inscripcion de paciente o mas adelante enviando un e-mail a privacy@samhealth.org o en una carta incluyendo su correo electronico a:

Samaritan Health Services
Attn: SHS Privacy Officer
3600 NW Samaritan Drive
Corvallis, Oregon 97330

Si usted tiene preguntas o preocupaciones acerca de esta notificacion, por favor contacte al SHS Privacy Officer por telefono a (541) 768-6218 o por e-mail a privacy@samhealth.org.

No importa lo que usted decida ahora, usted siempre puede cambiar su opinion mas adelante. Si usted cambia de opinion, necesitara llenar un nuevo formulario y enviarlo por e-mail o por correo a la direccion indicada anteriormente. Si usted cambia de opinion, la nueva decision afectara unicamente a la informacion de salud o muestras biologicas recogidas despues de que SHS reciba el Nuevo formulario.

Declaracion de No Participar
[ ] Al checar este casillero indico que NO DOY permiso para que mi informacion de salud y mis muestras biologicas se hagan disponibles para investigacion genetica codificada o anonima.

Reconozco haber recibido la "Notificacion de Su Derecho a Declinar Participar en Futuras Investigaciones Geneticas Codificadas o Anonimas".

(Nombre Impreso Paciente)

(Firma paciente o representante personal)

(Fecha)

Descripcion de autoridad del representante personal (si corresponde):

