

Borinquen Info Release

[eng2]Study #: 20140732 Approval Date: 7/31/2015 Expiration Date: 6/4/2016

[esp2]Study #: 20140732 Approval Date: 8/31/2015 Expiration Date: 6/4/2016



UNIVERSITY OF MIAMI
MILLER SCHOOL
of MEDICINE

[eng2]Authorization for Release of Individually Identifiable Health Information for Research Pre-Screening

Authorization to Use or Disclose (Release) Health Information that Identifies You for Possible Participation in a Research Study (THIS IS NOT AN INFORMED CONSENT)[esp2]Autorización para la Divulgación de Información Personal de Salud Identificable para la Investigación

Autorización para usar o divulgar Información de Salud que lo identifica para su posible participación en un estudio de investigación (esto no es un consentimiento informado)

[eng2]Please do not fill these two spaces out if you are not interested in participating in the study.

Patient Name:[esp2]Por favor no llene estos dos espacios si usted no está interesado en participar en el estudio.

Nombre Del Paciente:

[eng2]Phone Number:

[esp2]Número Telefónico:

[eng2]Date of Birth:[esp2]Fecha de nacimiento

[eng2]Today's Date:[esp2]La Fecha de Hoy

[eng2]What is your ethnic group or race?[esp2]¿Cuál es tu grupo étnico o raza?

- ☐ [eng2]Black, Non-Hispanic[esp2]Negro o Afroamericano, no Hispano
☐ [eng2]White, Non-Hispanic[esp2]Blanco, no Hispano
☐ [eng2]Asian or Pacific Islander[esp2]Asiático o Asiático-americano, o de las Islas del Pacífico
☐ [eng2]Native American or Alaskan Native[esp2]Indio americano o nativo Americano, o nativo de Alaska
☐ [eng2]Hispanic[esp2]Hispano
☐ [eng2]Other[esp2]Otro

[eng2]Please specify your ethnic group or race:[esp2]
Por favor especifique tu grupo étnico o raza:

[eng2]Does your child have asthma?[esp2]¿Su
hijo tiene asma?

☐ [eng2]Yes[esp2]Si ☐ No

[eng2]Is your child overweight/obese?[esp2]¿Su
niño tiene sobrepeso / es obeso?

☐ [eng2]Yes[esp2]Si ☐ No

[eng2]Is your child a girl or a boy?[esp2]¿Es su hijo un niño o una niña?

- ☐ [eng2]Girl[esp2]niña
☐ [eng2]Boy[esp2]niño

[eng2]Are you interested in participating in this
study?
[esp2]¿Está interesado en participar en
el estudio?

☐ [eng2]Yes[esp2]Si ☐ No

[eng2]Could you please tell us why you opted not to
participate? Thank you for your time and
consideration.[esp2]Si no está interesado,
¿podría decirnos por qué? Gracias
por su tiempo y consideración?

Borinquen Health Care Center, Inc.
3601 Federal Highway, Miami, FL 33161
Tel: 305.576.6611

[eng2]CONSENT TO RELEASE OR REQUEST CONFIDENTIAL INFORMATION

Name: [first_name] [last_name]

Related Case No. _____

The right to the confidentiality of my records was explained to me and I hereby authorized the Borinquen Health Care Center, Inc. to release or request information, as indicated by my initials below:

RELEASE INFORMATION TO

☒ Medical Provider University of Miami

RELEASE INFORMATION TO

Medical Provider _____

REQUEST INFORMATION FROM

(Specify Name if Applicable)

INFORMATION TO BE DISCLOSED

☒ Personal Background

☒ Medical History

☒ Treatment and Progress

Other _____

PURPOSE OF DISCLOSURE

☒ Evaluation and/or Treatment Planner

☒ Other Evaluate appropriateness for enrollment in study

[esp2]CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR O SOLICITAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre: [first_name] [last_name]

Número de caso relacionado: _____

El derecho a la confidencialidad de mis registros médicos fue explicado y yo autorizo al Centro de Atención de Salud Borinquen a divulgar o solicitar información, según lo indicado por mis iniciales a continuación:

INFORMACIÓN DE LIBERACIÓN A:

☒ Proveedores Médicos: University of Miami

SOLICITE INFORMACIÓN DE:

Proveedores Médicos: _____

INFORMACIÓN A SER REVELADA

☒ Antecedentes Personales

☒ Historia Médica

☒ El tratamiento y el Progreso

Otro _____

PROPÓSITO DE DIVULGACIÓN

☒ Evaluación y / o planificar tratamiento

☒ Otro Evaluar si es apropiado para participar en el estudio

[eng2]This consent is granted for: A Continuing disclosure (expires 12 month form the date I sign this form) or upon termination of treatment, whichever occurs first.

Today's Date:[esp2]Este consentimiento se otorga por: Divulgación continua (expira 12 meses de la fecha que firmo este formulario) o la terminación del tratamiento, lo que ocurra primero.

Fecha de Hoy:

[eng2]I understand the provisions of this waiver and that pursuant to applicable law, no other Information regarding my treatment, whereabouts, or any other factor will be released without my written consent. I have also been afforded an opportunity to ask questions concerning the confidentiality of records.

Any re-disclosure is strictly prohibited unless specific written consent is provided, I understand that the limits of confidentiality include: court orders, crime on premises and again personnel; abuse and neglect of children, elderly or vulnerable adults, medical emergencies and research, mandated reports, audits and evaluations conducted by regulatory agencies. I understand that I may revoke this consent at any time except to the extent that action has been taken in reliance on it. If not previously revoked, this consent will terminate automatically (12) months from the date this document has been executed.

I hereby release Miami-Dade County and Borinquen Health Care Center, Inc. from any liability that may arise as a result of information provided to the aforementioned individual, agency or facility.[esp2]Entiendo las disposiciones de esta renuncia y que conforme con la ley aplicable, ninguna otra información sobre mi tratamiento, el paradero, o cualquier otro factor será divulgado sin mi consentimiento escrito. También se me ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas relativas a la confidencialidad de los registros.

Cualquier re-divulgación está estrictamente prohibido a menos que haya consentimiento por escrito específico, entiendo que los límites de la confidencialidad incluyen: órdenes de la corte, crímenes en las instalaciones y sobre el personal; abuso y descuido de niños, adultos mayores o vulnerables, emergencias médicas y de investigación, informes obligatorios, auditorías y evaluaciones llevadas a cabo por las agencias reguladoras. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido tomada en relación a el. Si no revocado anteriormente, este consentimiento terminará automáticamente (12) meses a partir de la fecha se ha ejecutado este documento.

Yo libero el Condado de Miami-Dade y Borinquen Health Care Center, Inc. de cualquier responsabilidad que pueda surgir como resultado de la información proporcionada a la persona antes mencionada, agencia o centro.

[eng2]Signature of client or guardian
[esp2]Firma de cliente o tutor

[eng2]Signature of witness[esp2]Firma del testigo