

Declaración sobre el uso o la divulgación de información médica protegida posiblemente relacionada con la atención médica reproductiva

Se debe rellenar todo el formulario para que la declaración sea válida.

Nombre de la(s) persona(s) o identificación específica de la categoría de personas que recibirán la información médica protegida (PHI, en inglés) solicitada (<i>nombre del investigador o de la agencia que hace la solicitud</i>).
Nombre u otra identificación específica de la persona o categoría de personas de quienes solicita el uso o la divulgación (<i>nombre de la organización o del socio comercial que mantiene la PHI, o nombre del integrante de su personal que gestiona las solicitudes de PHI</i>).
Descripción de la PHI específica solicitada, incluidos los nombres de las personas, si es posible, o una descripción de la categoría de personas cuya información médica protegida solicita (<i>resumen de la consulta de [nombre de la persona] del [fecha]; lista de personas que obtuvieron [nombre del medicamento con receta] entre [período de fechas]</i>).

Declaro que el uso o la divulgación de PHI que solicito no tiene un propósito prohibido por la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés), conforme a la sección 164.502(a)(5)(iii) del Título 45 del Código de Reglamentos Federales, debido a uno de los siguientes motivos (marque una casilla):

- ☐ El propósito del uso o la divulgación de información médica protegida **no es** investigar ni imponer responsabilidad a ninguna persona por el simple hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva, ni identificar a ninguna persona para tales propósitos.
- ☐ El propósito del uso o la divulgación de información médica protegida **es** investigar o imponer responsabilidad a alguna persona por el simple hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva, o identificar a alguna persona para tales propósitos, no obstante, la atención médica reproductiva en cuestión **no era legal** en las circunstancias en que se proporcionó.

Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones penales conforme a la sección 1320d-6 del Título 42 del Código de los Estados Unidos si, a sabiendas y en violación de la ley HIPAA, obtengo información médica identificable de forma individual relacionada con una persona o divulgo información médica identificable de forma individual a otra persona.

Firma de la persona que solicita la PHI

Fecha

Si firmó como representante de la persona que solicita la PHI, proporcione una descripción de su autoridad para actuar en nombre de esa persona.