



## Confidentiality Agreement

I recognize that, in the performance of my duties as personnel, investigator or research staff at the Hispanic Alliance for Clinician & Translational Research (Medical Sciences Campus, Universidad Central del Caribe, and Ponce School of Medicine & Health Sciences), I may gain access to participant's information. I understand it is required by law (Health Information Portability and Accountability Act of 1997 – HIPAA) to keep participant's health information private and disclose it only under limited conditions. To comply with HIPAA law requirements, I agree with the following statements:

1. I will not access participant's information if my responsibilities do not require me to.
2. I will access and use participant's information only in association with a research protocol that has received IRB approval, and that I have been authorized to use. I will not access information of other participants.
3. I will keep confidential all participant's information to which I gain access.
4. I will not disclose participant information except to the extent required by applicable laws.
5. I will not discuss participant's information in public places or outside of work.
6. I will take all necessary precautions to ensure that the access and handling of participant's information are conducted in ways that protect his/her confidentiality to the greatest level possible. This includes maintaining such information in a locked file cabinet.
7. My user ID will be recorded whenever I access electronic records with participant health information. I am only one authorized to use my ID, and I will access the minimum information necessary to meet my responsibilities.
8. My obligation to safeguard the participant's confidentiality continues after my termination of employment.

Improper disclosure or misuse of participant's information, whether intentional or due to neglect on my part, is a violation to the law. A violation may result in the removal of my privileges to access participant's information, disciplinary action, and even dismissal from my job.

I understand it is my obligation and responsibility to maintain the confidentiality of all participant's information while working at The Alliance.

Print Name: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Protocol: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## Acuerdo de Confidencialidad

Reconozco que, en el cumplimiento de mis obligaciones como empleado, investigador o personal de apoyo de un investigador en la Alianza Hispana para la Investigación Clínica y Traslacional (Recinto de Ciencias Médicas, Universidad Central del Caribe y el Ponce School of Medicine & Health Sciences), podrá tener acceso a la información de los participantes. Entiendo que la ley (Health Information Portability and Accountability Act of 1997 – HIPAA) requiere mantener la información de salud de los participantes en privado y revelar esta solo bajo condiciones limitadas. Para cumplir con los requisitos de la Ley HIPAA, me comprometo a cumplir con lo siguiente:

1. No accederé la información de participantes, si mis responsabilidades no me lo requieren.
2. Voy a acceder y utilizar la información del participante solo en asociación con un protocolo de investigación que ha recibido la aprobación del IRB, y que yo he sido autorizado a utilizar. No voy a acceder la información de los demás participantes.
3. Voy a mantener la confidencialidad de toda la información de los participantes a la que accedo.
4. No voy a revelar la información del participante, excepto en la medida requerida por las leyes aplicables.
5. No voy a hablar de información de los participantes en lugares públicos o fuera del trabajo.
6. Voy a tomar todas las precauciones necesarias para garantizar que el acceso y manejo de información de los participantes se lleven a cabo de forma que se proteja su confidencialidad en la mayor medida posible. Esto incluye el mantenimiento de dicha información en un archivo cerrado con llave.
7. Mi número de identificación (ID) de usuario se registrará cada vez que acceda los registros electrónicos con información de salud de los participantes. Yo soy el único autorizado a utilizar mi ID, y solo voy a acceder a la información mínima necesaria para cumplir con mis responsabilidades.
8. Mi obligación de salvaguardar la confidencialidad del participante continúa aun después de finalizar con este empleo.

La divulgación o uso indebido de la información del participante, ya sea intencional o debido a una negligencia de mi parte, es una violación de la ley. Una violación puede resultar en la pérdida de acceso, una acción disciplinaria, y hasta la revocación de mi nombramiento o despido.

Entiendo que es mi obligación y responsabilidad mantener la confidencialidad de toda la información del participante mientras éste trabajando en La Alianza.

Nombre: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Protocolo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_