

Acuerdo de Confidencialidad Para Estudiante o Individuo Voluntario

Reconozco que, en el cumplimiento de mis obligaciones como empleado, investigador o personal de apoyo en la Alianza para la Investigación Clínica y Traslacional (Recinto de Ciencias Médicas, Universidad Central del Caribe y el Ponce Medical School Foundation), podría tener acceso a la información de los participantes. Entiendo que la ley (Health Insurance Portability and Accountability Act – 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 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 conservar su información escrita (expediente) en un archivo cerrado con llave.
7. Soy el único autorizado a utilizar mi identificación, y solo voy a acceder a la información mínima necesaria para cumplir con las tareas y responsabilidades que me sean delegadas.
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:

Correo electrónico:

Protocolo:

Posición:

Firma:

Fecha: