

**AVISO DEL DERECHO A REHUSAR LA PARTICIPACIÓN  
EN FUTURAS INVESTIGACIONES ANÓNIMAS O INVESTIGACIONES GENÉTICAS CODIFICADAS**

En el estado de Oregon existen leyes que protegen la privacidad genética de los individuos. Esas leyes le dan a usted el derecho de rehusar que la información sobre su salud o que sus muestras biológicas sean usadas en investigaciones. Una muestra biológica podría ser una muestra de sangre, de orina u otro material obtenido del cuerpo humano. Usted decide si va a permitir que la información sobre su salud o sus muestras biológicas sean utilizadas en investigaciones genéticas. La decisión a la cual usted llegue, no afectaría de ninguna manera a la atención que usted reciba de su proveedor de la salud o a la cobertura de su plan de seguro médico.

Las investigaciones son importantes ya que nos ofrecen una valiosa información para mejorar la salud, como por ejemplo cómo prevenir o mejorar el tratamiento de las enfermedades del corazón, la diabetes y el cáncer. Bajo las leyes de Oregon, una comisión analiza toda investigación genética antes que la misma tenga lugar. Esa comisión se asegura que los beneficios de la investigación sean mayores que los riesgos que puedan sufrir los participantes.

En investigaciones anónimas, aquella información personal que pudiera identificar a la persona, como por ejemplo el nombre de la misma, o el número del expediente médico, no puede ser vinculado a la información sobre la salud del individuo o a la muestra biológica del mismo. En investigaciones codificadas, la información personal que podría identificar a la persona se mantiene separada de la información de la salud o de la muestra biológica, por lo tanto sería difícil que alguien vinculara la información personal con la información de la salud o con la muestra biológica. La identidad del individuo está protegida bajo ambos tipos de investigaciones.

**SI USTED PERMITE** que la información de la salud o que la muestra biológica suyas estén disponibles para investigaciones anónimas o las de genética codificada, **usted no tiene que hacer nada**. Si usted así lo decide, entonces la información de la salud o la muestra biológica suyas pueden ser usadas en investigaciones anónimas o en las de genética codificada sin que se le envíen otros avisos.

**SI USTED SE REHUSA A** que utilicen la información médica y la muestra biológica suyas para investigaciones anónimas o las de genética codificada, **usted debe decírselo al proveedor de la salud:**

- Llenar el formulario y entregarlo al proveedor de la salud
- Llenar el formulario y enviarlo por correo a la dirección que se le facilitara
- Ir al “website” [www.salemhospital.org](http://www.salemhospital.org) y llenar el formulario que haya allí

La decisión suya entra en vigor en el momento que el proveedor de la salud reciba ese formulario.

Si a usted le preocupa algo o necesita hacer alguna pregunta en cuanto a este aviso, favor de ponerse en contacto con **Corporate Integrity Office (Oficina de Integridad Corporativa)** al **503-814-2825**.

Lo que usted decida ahora, no quiere decir que más adelante no pueda cambiar de opinión. De ocurrir esto último, avísele al proveedor de la salud al respecto y mande por escrito explicando su cambio de decisión a Salem Hospital Attn: GCR Access Services Department, PO Box 1400 Salem, Oregon, o si usted recibiera el servicio en Dallas, a West Valley Hospital Attn: Access Services Department, PO Box 378, Dallas, OR 07338. Si usted cambia de opinión, la decisión nueva tendrá vigencia solamente sobre la información de la salud o sobre las muestras biológicas que se consigan después que el proveedor de la salud reciba la nota escrita que usted le mandara respecto al cambio de decisión.

Declino dar permiso para que la información sobre mi salud y mis muestras biológicas estén disponibles para investigaciones anónimas o para las de genética codificada.

Nombre y apellido con letra de imprenta

Firma

Dirección

Fecha de nacimiento