

NURTURING FAMILIES NETWORK
Autorización para Usar o Divulgar Información de Salud para un Estudio de Investigación

Mediante este documento, yo, _____, autorizo a Nurturing Families Network (“NFN”) a usar o divulgar información sobre mi salud al Centro de Investigación Social, Universidad de Hartford, para el estudio de investigación que a continuación se detalla:

Evaluación del desempeño, eficiencia y funciones del programa de NFN.

La información de salud que puede ser usada o divulgada para esta investigación incluye:

- **Fecha de nacimiento**
- **Información incluida en su caso en el Departamento de Niños y Familias, intervención y / o historia**

****Su nombre NO será divulgado a los investigadores. NFN cambiará su nombre por un Número de Identificación antes de divulgar su información.***

La información de salud descrita líneas arriba puede ser divulgada al:

- Centro de Investigación Social, investigadores de la Universidad de Hartford y su personal, y / o usada por el Centro.

La ley exige al Programa de Visitas al Hogar de Nurturing Families Network proteger la información de salud de terceras personas. Al firmar este documento, usted autoriza al Programa de Visitas al Hogar de Nurturing Families Network a usar y / o divulgar la información sobre su salud para esta investigación. Las normas federales de privacidad (Ley de Privacidad) no exigen que la personas receptoras de información sobre la salud de terceros la protejan, y ellas pueden compartir esa información con otros sin su autorización, en caso que las leyes bajos las cuales se rigen lo permitan.

NFN no puede negarse a tratarlo en caso firme esta Autorización. Usted puede cambiar de parecer y revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto cuando el NFN ya haya ejecutado esta Autorización. Para revocar esta Autorización, usted deberá escribir a: Nurturing Families Network, a/a: Children’s Trust Fund, 410 Capitol Ave., Hartford, CT 06106. De lo contrario, esta Autorización expirará al final del estudio de investigación.

Firma del participante o representante personal del participante

Fecha

Nombre del participante o representante personal del participante (en letra imprenta)

Si se aplica, descripción de la autoridad del representante personal para firmar en nombre del participante