

The University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas  
Children's Medical Center, Parkland Health & Hospital System  
Retina Foundation of the Southwest, Texas Scottish Rite Hospital for Children  
Zale Lipshy University Hospital, St. Paul University Hospital  
The University of Texas Southwestern Moncrief Cancer Center

**Autorización para Uso y Revelación de Información Protegida de Salud  
para Propósitos de Investigación**

NOMBRE DE PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

1. Usted consiente en permitir a U T Southwestern Medical Center, Parkland Hospital y el General Clinical Research Center, a compartir información de su salud con el Dr. Abhimanyu Garg y su personal en el University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas ("Investigadores") para el propósito de hacer el siguiente estudio de investigación: Anormalidades Físicas y Metabólicas en Lipodistrofia, un estudio para entender diferentes tipos de variaciones en grasa, como pérdida de grasa o redistribución de grasa, y las bases genéticas subyacentes, IRB File #1093-37500.
2. Usted consiente en permitir a los Investigadores a usar información de su salud para este Proyecto de Investigación. También consiente en permitir que los Investigadores compartan información de su salud con otros que puedan estar trabajando con los Investigadores en el Proyecto de Investigación ("Receptores") como sigue.
  - NIH (National Institutes of Health) [Institutos Nacionales de la Salud] – El patrocinador incluye cualesquier personas, entidades, grupos o compañías que estén trabajando para o que sean propiedad del patrocinador. El patrocinador recibirá reportes escritos de su participación en la investigación. El patrocinador puede ver información de su salud para asegurar la calidad de la información que se usa en la investigación.
  - Rogers MRI, GCRC Core Lab, Mineral Metabolism Lab, Quest Lab, Aston Radiology – Estas son otras facilidades que están trabajando con U T Southwestern en el Proyecto de Investigación.
  - The U T Southwestern Institutional Review Board (IRB) [consejo de revisión institucional] – Este es un grupo de personas que son responsable de asegurar que se respeten los derechos de participantes en investigación. Miembros y personal del IRB en U T Southwestern pueden revisar los documentos de su participación en esta investigación. Un representante del IRB lo puede contactar para información sobre su experiencia con esta investigación. Si usted no quiere, no tiene que contestar ningunas preguntas que ellos le hagan.
  - Representantes de la Office of Human Research Protections (OHRP) [oficina de protecciones de humanos en investigación] – La OHRP puede supervisar el Proyecto de Investigación para confirmar cumplimiento con leyes, regulaciones y normas éticas.
3. Cuando sea posible, la información de su salud se guardará confidencial. Las leyes federales de la privacidad quizás no apliquen a algunas instituciones fuera de U T Southwestern. Hay un riesgo que los Receptores podrían compartir información de usted con otros sin su permiso. U T Southwestern no puede garantizar la confidencialidad de información de su salud después de que ésta ha sido compartida con los Receptores.

**INSTITUTIONAL REVIEW BOARD  
ACKNOWLEDGEMENT**

*Dr. Abhimanyu Garg*  
1-25-05

4. Usted consiente en permitir a los Investigadores a usar y compartir información de su salud como sigue: historia médica, exámenes físicos, DEXA scans, scans de imagen de resonancia magnética, scans de resonancia de espectroscopía, exámenes de sangre, de orina y de embarazo, biopsias, estatus de VIH, medicaciones que usted está tomando y que ha tomado.
5. Los Investigadores pueden usar información de su salud para crear datos de información que no lo identifican. Los datos de investigación que no lo identifican se pueden usar y compartir por los Investigadores (por ejemplo, en una publicación de los resultados del Proyecto de Investigación); también se pueden usar y compartir por los Investigadores y por los Receptores para otros propósitos de investigación que no están relacionados con el Proyecto de Investigación.
6. Esta autorización es voluntaria. Los proveedores de cuidado de su salud tienen que continuar dándole servicios de cuidado médico aunque usted decida no firmar esta autorización. Sin embargo, si usted decide no firmar esta autorización, ya no podrá participar en el Proyecto de Investigación.
7. Esta autorización no tiene fecha de vencimiento.
8. Si cambia de parecer y no quiere que colectemos o compartamos información de su salud, usted puede cancelar esta autorización a cualquier hora. Si decide cancelar esta autorización, ya no podrá participar en el Proyecto de Investigación. Los Investigadores todavía podrán usar y compartir la información de su salud que ya han colectado antes de que usted cancelara la autorización. Para cancelar esta autorización, usted tiene que escribir a:

Claudia Quittner  
 U T Southwestern Medical Center  
 5323 Harry Hines Blvd.  
 Dallas, TX 75390-9052  
 Teléfono 214-648-9296

9. Le darán a usted una copia de esta forma de autorización.

---

Firma del participante en la investigación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Para representantes legales del participante en la investigación (si aplicable)**

Nombre en letra de molde del representante legal: \_\_\_\_\_

Relación al participante en investigación: \_\_\_\_\_

Yo certifico que tengo la autoridad legal bajo ley aplicable para hacer esta autorización en nombre del participante en la investigación identificado arriba. La base para esta autoridad legal es:

\_\_\_\_\_  
 (e.g. padre, madre, custodio legal, persona con poder de abogado, etc.)

---

Firma del representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_