

Número de la historia clínica de NJH: _____
(para ser llenado por el personal de NJH)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Cuál es el propósito de este formulario? Durante más de 100 años, National Jewish Health se ha comprometido a encontrar nuevos tratamientos y curas para enfermedades. Como parte de nuestra misión, nuestra institución ofrece oportunidades tanto clínicas como de investigación a los pacientes. La participación en la investigación clínica es voluntaria y *este formulario permite a las personas indicar de manera proactiva que no desean que se pongan en contacto con ellas en relación con la investigación clínica o "exclusión voluntaria"*. Firmar este formulario no afectará en modo alguno a ninguna relación de tratamiento o acuerdo de pago que tenga con National Jewish Health ("NJH").

¿Cómo utilizará NJH este formulario? Su decisión quedará registrada en su historial clínico electrónico de NJH. Los investigadores y el personal de investigación de NJH no evaluarán su elegibilidad para los estudios de investigación ni se pondrán en contacto con usted para el reclutamiento para la investigación.

Cancelación. Tenga en cuenta que, si en el futuro cambia de opinión y/o se interesa por un estudio en particular, este formulario no influirá en su capacidad de ser seleccionado y posible inscripción en un ensayo de investigación clínica de su elección. Además, tiene derecho a volver a inscribirse en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al Departamento de Manejo de la Información de Salud (HIM, por sus siglas en inglés) de NJH.

Atención clínica. Si durante el transcurso de su atención clínica, su médico considera que es fundamental que considere un ensayo de investigación como una opción de tratamiento, este formulario no anula la obligación ética/médica de informarle sobre el ensayo para su consideración. Siempre tiene el derecho a negarse.

¿A quién debo llamar si tengo preguntas o problemas? Si tiene preguntas sobre sus derechos como persona que ha firmado este formulario, comuníquese con el funcionario de privacidad al 303-398-1446 o al 877-CALL-NJH (877-225.5654) ext. 1466.

He leído este formulario de exclusión voluntaria (o me lo han leído). Sé que firmarlo es voluntario y que puedo obtener una copia después de firmarlo.

Padre, madre o representante autorizado

Fecha

Hora

Si firma el representante autorizado:

Nombre en letra de molde: _____

Indique cómo está autorizado: ☐ Tutor legal ☐ Poder notarial duradero sobre la atención médica ☐ Padre/madre del menor ☐ Poder notarial ☐ Apoderado para la toma de decisiones ☐ Otro: _____



Patient Label

Exclusión voluntaria del paciente de tener contacto directo relacionado con el reclutamiento para la investigación

HIP-202SE(01/22)