

**Institución financiadora:** Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIA), Institutos Nacionales de Salud (NIH)

**Científico principal:** [Study Director Name]

### **Información sobre los riesgos y los beneficios del estudio**

En vez de hacerle preguntas sobre su salud y sus medicamentos, nos gustaría tener acceso a sus registros de farmacia y a los resultados de sus análisis clínicos de los últimos 7 años. Los datos que recibiríamos incluirían una lista de los medicamentos recetados que usted haya obtenido en su farmacia o por correo. También podrían incluir resultados de análisis de laboratorio —como pruebas de colesterol o glucosa— que hayan sido solicitados por su médico y realizados en un laboratorio de Quest Diagnostics. Esto nos ayudará a comprender mejor su salud. Solo utilizaremos sus registros de farmacia y de laboratorio con fines del estudio. No se usarán para ningún otro propósito ni se compartirán con ninguna empresa, como compañías de medicamentos recetados o de seguros.

Al dar su firma usted entiende que:

- Usted autoriza a cualquier farmacia o administrador de beneficios de farmacia (empresas que administra los beneficios de medicamentos recetados para las compañías de seguros de salud) a compartir sus datos de farmacia con el equipo del Estudio de la Salud y la Jubilación (Health and Retirement Study, HRS).
- Usted autoriza a Quest Diagnostics a compartir los resultados de sus pruebas clínicas de laboratorio con el equipo del Estudio de la Salud y la Jubilación. Esta información se utilizará únicamente con fines del estudio.
- Toda la información de salud que le identifique, incluyendo los datos farmacéuticos y los resultados de laboratorio, estará disponible para el equipo del Estudio de la Salud y la Jubilación, únicamente para fines del estudio sin fines de lucro.
- El Estudio de la Salud y la Jubilación puede compartir datos con otros científicos, pero eliminará su información personal para que ésta se mantenga confidencial. Su información de contacto no estará en los datos proporcionados a los científicos. Sus datos de farmacia y de laboratorio sin su información personal se utilizarán y se compartirán con fines del estudio mientras que éste continúe. La Universidad de Michigan cuenta con estrictos procedimientos de seguridad para ayudar a proteger su información para que nadie tenga acceso a ella ni la comparta sin su consentimiento.
- A menos que se cancele antes, esta autorización será válida por veinticuatro (24) meses a partir de la fecha en que se firme.
- Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito al Estudio de la Salud y la Jubilación. Al cancelar esta autorización no le afectará negativamente ni afectará su capacidad para participar en otras partes del estudio. Tenga en cuenta que es posible que no podamos eliminar su información de los conjuntos de datos que ya se hayan creado.
- Autorizar el acceso de esta información de salud es voluntaria. Usted puede negarse a firmar esta autorización.

Si tiene alguna pregunta sobre el HRS o sobre la información proporcionada anteriormente, puede compartir sus comentarios de forma privada con la línea gratuita para participantes de Operaciones de Estudios y Encuestas al: 1-800-643-7605.

*Acepto participar en esta parte del estudio*

Por favor escriba el nombre del participante \_\_\_\_\_

Por favor firme y escriba la fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Entrevistador y fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_