



Retaining  
Employment  
and Talent After  
Injury/Illness  
Network

## Formulario de consentimiento informado y privacidad de RETAIN Kansas

RETAINWORKS, en asociación con el Departamento de Comercio de Kansas (Kansas Department of Commerce), <<Medical System Partner>>, y <<American Job Centers Name>>.

### Consentimiento para participar en un proyecto de demostración

Sujetos adultos

Formulario biomédico

---

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), Oficina para la Protección de los Seres Humanos en los Estudios de Investigación (Office of Human Research Protections) IRB n.º 1211; IORG n.º 850

Fecha de la versión del formulario de consentimiento: 6/25/2019 (Modificado: 5/17/2024)

Título del proyecto: Red para conservar el empleo y el talento después de una lesión/enfermedad

**Administrador:** Dale Tower

**Departamento:** Departamento de Comercio de Kansas

**Teléfono:** 316-771-6851

**Dirección de correo electrónico:** Dale.Tower@ks.gov

**Coadministrador:** Jon Nerdal, Departamento de Comercio de Kansas y <<Medical System Lead, Medical System Name>>

**Fuente de financiamiento o patrocinador:** Departamento del Trabajo de Estados Unidos (United States Department of Labor), Oficina de Políticas Laborales para Discapacitados (Office of Disability Employment Policy)

**Teléfono de contacto:** 316-771-6851

**Correo electrónico de contacto:** Dale.Tower@ks.gov

---

### El consentimiento y la privacidad relacionados con la participación en el programa RETAINWORKS.

Se le pide que participe en un programa voluntario que recopila información sobre el efecto de las intervenciones tempranas para ayudarlo a que vuelva a trabajar. El equipo de RETAINWORKS lo guiará durante su enfermedad o lesión para ayudarlo a regresar al trabajo tan pronto como sea seguro para su salud.

### ¿Cuánto tiempo puede participar en el programa?

La participación en RETAINWORKS incluye un seguimiento de hasta 6 meses. Si no ha vuelto al trabajo al final del plazo de 6 meses, se le puede dar información sobre el traspaso a otros programas de empleo.



Retaining  
Employment  
and Talent After  
Injury/Illness  
Network

### **¿Cómo se protegerá su privacidad?**

Parte de la información que se usará en este estudio ya está recopilada en el consultorio de su médico y dentro de los archivos de los proveedores médicos. Si firma este formulario de consentimiento, da permiso para que su proveedor de atención médica les dé a los administradores del programa cierta información acerca de usted. Indique a los proveedores de atención médica o profesionales de atención médica que manejarán su enfermedad o lesión primaria que lo calificaron para el programa **RETAINWORKS** en el Anexo 1.

Este formulario de consentimiento da permiso para que los administradores del programa se comuniquen con los proveedores de atención médica nombrados en el Anexo 1 o las personas designadas de los proveedores. La información que su proveedor de atención médica comparte con el equipo de investigación puede incluir información que han recibido de otras clínicas, hospitales, agencias de servicios de cuidados en casa, centros de diagnóstico, laboratorios y centros de tratamiento o quirúrgicos. Esto incluye cualquier información en su expediente médico relacionada con su participación en este proyecto de demostración. Estos registros podrían incluir información sobre salud mental, consumo de alcohol y drogas, VIH/SIDA u otras enfermedades contagiosas, o pruebas genéticas. Otra información que su proveedor de atención médica puede compartir incluye diagnósticos médicos, informes de lesión o enfermedad, restricciones de trabajos o actividades, informes de laboratorio, signos vitales, medicamentos, visitas en el centro de atención médica, visitas en el Departamento de Urgencias (emergency department), estancias de pacientes hospitalizados.

El asesor de enfermería de RTW también compartirá información con su proveedor de atención médica, lo que incluye nuevas señales o síntomas que usted tenga, avance en la recuperación de su lesión o enfermedad e informes de complicaciones o retrocesos.

Las protecciones de la HIPAA que se aplican a su expediente médico no se aplicarán a su información, ya que se relacionan con los requisitos de desempeño del proyecto de demostración que entrega la Oficina de Políticas Laborales para Discapacitados del Departamento del Trabajo de Estados Unidos. Su información en los registros de datos del proyecto de demostración también la pueden compartir, usar o ver las agencias federales asociadas, los administradores del proyecto de demostración y ciertos empleados de <<Medical System>>, <<AMERICAN JOB CENTERS NAME>>, y otras agencias de gobierno participantes. Si algunos de estos grupos o personas revisan su registro del proyecto de demostración, es posible que también necesiten revisar partes de su expediente médico original que sean aplicables para la situación.

La información de la investigación que obtengamos de usted se ingresará a una base de datos que estará protegida con contraseña. Los registros recolectados de usted y otros registros médicos se mantendrán en un sistema de computadoras que solo puede ver el personal del proyecto de demostración. Los registros en papel se guardarán en un gabinete de archivos con llave y se destruirán cuando ya no sean necesarios. Cuando la información esté resumida, le asignarán un número de identificación; se eliminarán los nombres de los sujetos. La lista de los números de identificación que esté relacionada con los nombres de los sujetos se guardará en un documento protegido con contraseña al que solo puede acceder personal autorizado.

Los formularios completados durante la inscripción se ingresarán a un sistema seguro que funciona con una certificación y acreditación formal, lo que garantiza la seguridad de los datos. El equipo de RETAIN Kansas enviará la información recopilada como parte de proyecto de demostración, incluyendo información de registros administrativos del estado, a la Oficina de Políticas Laborales para Discapacitados del Departamento del Trabajo de Estados Unidos con fines de desempeño. La intención de compartir estos datos es asegurar que la demostración RETAIN mejore los resultados del trabajador en relación con la ayuda recibida mediante este programa. La información recopilada en estos sistemas seguros no se informará a nadie más.

Hay un riesgo muy pequeño de revelación accidental de información personal. Sin embargo, el personal de RETAINWORKS en el Departamento de Comercio de Kansas, <<AMERICAN JOB CENTERS NAME>>, y <<Medical System Partner>> tiene amplios procedimientos implementados para evitar que esto suceda. En esos casos muy poco frecuentes, le informaremos inmediatamente de cualquier amenaza específica a su privacidad.

Los participantes no serán identificados en ninguna publicación entorno a este proyecto de demostración. Aunque se harán todos los esfuerzos posibles para mantener la privacidad de los registros, puede haber ocasiones en que la ley federal o estatal exija la revelación de esos registros, lo que incluye la información personal. Esto es muy improbable, pero si alguna vez se necesita la revelación, <<Medical System>> <<AMERICAN JOB CENTERS NAME>> tomarán las medidas permisibles por ley para proteger la privacidad de la información personal.

Una copia de este formulario de consentimiento irá a su historia clínica. Esto permitirá que los médicos y las enfermeras que lo atienden sepan que usted está participando en el proyecto de demostración RETAINWORKS.

**¿Qué pasa si quiere parar antes de que termine su parte en el proyecto?**

Puede retirarse de este proyecto de demostración en cualquier momento, sin penalizaciones. <<Medical System>> <<AMERICAN JOB CENTERS NAME>> también tienen derecho a detener su participación en cualquier momento. Esto podría ser porque usted no ha ido a las visitas con la enfermera o no ha seguido las instrucciones, o porque se ha suspendido el proyecto completo.

**¿Recibirá algo por estar en este proyecto?**

Se le ofrecerán incentivos económicos para completar parte de las actividades del programa que se apliquen a su situación:

- completar los documentos de inscripción;
- visitar al asesor de enfermería de RTW en persona o en línea para revisar parte de la información médica, analizar su condición y visitar sobre otros temas;
- visitar al coordinador de Servicios Laborales y completar un plan de vuelta al trabajo individualizado;

- completar las visitas de seguimiento con el asesor de enfermería de RTW y el coordinador de Servicios Laborales después de volver al trabajo;
- reincorporarse al trabajo por al menos 30 días; y
- completar la nueva capacitación

### **¿Quién patrocina este proyecto de demostración?**

Este programa es financiado por la Oficina de Políticas Laborales para Discapacitados del Departamento del Trabajo de Estados Unidos y la Administración del Seguro Social. Esto significa que una parte de los miembros del equipo administrativo recibe pagos del patrocinador por completar las actividades necesarias en el programa.

### **¿Qué puede hacer si tiene preguntas sobre este proyecto de demostración?**

Tiene derecho a hacer cualquier pregunta que pueda tener sobre este proyecto de demostración y que le respondan. Si tiene preguntas, quejas, preocupaciones, debería comunicarse con la persona que aparece en la primera página de este formulario.

**Título del proyecto:** Red para conservar el empleo y el talento después de una lesión/enfermedad

**Administrador:** Dale Tower

### **Acuerdo del sujeto:**

Lea y marque cada uno de los siguientes puntos:

- He leído y entiendo la información que se dio arriba.
- He hecho todas las preguntas que tengo en este momento.
- Acepto voluntariamente participar en este programa.
- Entiendo que tengo el derecho de retirarme de este programa en cualquier momento.

---

Firma del participante

---

Fecha

---

Nombre impreso del participante

---

Firma del administrador del programa  
que obtiene el consentimiento

---

Fecha

---

Nombre en letra de molde del administrador del  
programa que obtiene el consentimiento

## Anexo 1

### Proveedores de atención médica

Proveedor n.º 1:

Nombre del proveedor	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------	-----------	--------	--------	---------------

Proveedor n.º 2:

Nombre del proveedor	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------	-----------	--------	--------	---------------

Proveedor n.º 3:

Nombre del proveedor	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------	-----------	--------	--------	---------------

Proveedor n.º 4:

Nombre del proveedor	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------	-----------	--------	--------	---------------

Proveedor n.º 5:

Nombre del proveedor	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------	-----------	--------	--------	---------------

Proveedor n.º 6:

Nombre del proveedor	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------	-----------	--------	--------	---------------

Proveedor n.º 7:

Nombre del proveedor	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------	-----------	--------	--------	---------------