

AVISO Y OPCIÓN DE EXCLUSIÓN DE LA DIVULGACIÓN DE DATOS ANONIMIZADOS

Los organizadores de los centros de servicios de psilocibina, los facilitadores de los servicios de psilocibina o los empleados de los centros de servicios de psilocibina o de los facilitadores de psilocibina no tienen permitido divulgar cualquier información que le identifique a usted, cliente de los servicios de psilocibina en Oregon, sin su consentimiento (ORS 475A.450).

Los organizadores de los centros de servicios de psilocibina, los facilitadores de los servicios de psilocibina o los empleados de los centros de servicios de psilocibina o de los facilitadores de psilocibina tienen permitido divulgar información anonimizada a terceros, que es información que no puede utilizarse para identificarle, a menos que usted opte por excluirse de dicha divulgación. Este aviso tiene como objetivo proporcionarle información sobre qué información anonimizada puede divulgarse a terceros y con qué propósitos y darle la posibilidad de optar por excluirse de que sus datos anonimizados se divulguen (OAR 333-333-4810).

Revíselo detenidamente.

Los “datos anonimizados” son datos agregados de los que el Oregon Health Authority o el titular de la licencia han eliminado, ocultado o bloqueado los identificadores para garantizar que la información restante no pueda utilizarse razonablemente para identificar a los clientes de forma individual (OAR 333-333-1010 [23]).

Nombre del facilitador: _____

Centro de servicios: _____

Podemos divulgar los siguientes tipos de información anonimizada a terceros:

- *Completar; por ejemplo, tipo de producto de psilocibina administrado.*
- _____
- _____
- _____

Podemos divulgar información anonimizada a estos terceros:

- *Completar; por ejemplo, compañías de marketing, compañías de investigación, etc.*
- _____
- _____
- _____

Podemos divulgar información anonimizada con los siguientes propósitos:

- _____
- _____
- _____
- _____

Acuse de recibo

Yo, [nombre del cliente] _____
recibí una copia de este formulario el [fecha] _____.

Firma del cliente _____

Fecha _____

Declaración de exclusión *opcional*

Yo, [nombre del cliente] _____

OPTO POR EXCLUIRME de que el centro de servicios o el facilitador mencionado anteriormente divulguen mis datos anonimizados a terceros.

Firma del cliente _____

Fecha _____