

## AVISO Y OPCIÓN DE EXCLUSIÓN DE 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 ninguna información que le identifique a usted, cliente de los servicios de psilocibina en Oregon, sin su consentimiento (Estatutos Revisados de Oregon [Oregon Revised Statute, 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 (Norma administrativa de Oregon [Oregon Administrative Rule, OAR] 333-333-4810). Este aviso debe usarse para proporcionar a los clientes información sobre la divulgación de datos anonimizados. Los titulares de licencia no pueden usar sus propios formularios de aviso. Los centros de servicios y los facilitadores no están obligados a notificar a los clientes cuando comuniquen el número total de clientes a los que han proporcionado servicios de psilocibina.

Revíselo detenidamente.

Los “datos anonimizados” son datos agregados de los que la Autoridad de Salud de Oregon (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 \_\_\_\_\_