

Complete todas las páginas de este formulario. El médico revisará el formulario con usted durante su cita.

**Información del paciente**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Número de celular: ( ) \_\_\_\_\_

Número de teléfono laboral: ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Contactos del paciente**

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

**Información del médico de atención primaria**

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Médico que deriva: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_

**Grupo étnico del paciente**

**Raza**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico        | <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico         |
| <input type="checkbox"/> Asiático         | <input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano    | <input type="checkbox"/> Otro _____                        |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino   | <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar             |
| <input type="checkbox"/> De Medio Oriente |  |

**INFORMACIÓN DEL SEGURO** (entregue su tarjeta del seguro a la recepcionista de atención al público)**Seguro primario**

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de identificación: \_\_\_\_\_  
Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social del suscriptor: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ Con vigencia a partir del \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_  
N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Encierre en un círculo el tipo de plan: HMO PPO POS EPO Otro \_\_\_\_\_

**Seguro secundario**

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de identificación: \_\_\_\_\_  
Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social del suscriptor: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ Con vigencia a partir del \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_  
N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Encierre en un círculo el tipo de plan: HMO PPO POS EPO Otro \_\_\_\_\_

**Persona responsable del pago (“garante”)**

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono laboral: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_

**Empleador del garante**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS

Autorizo a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a divulgarle **toda** la información relacionada con mi tratamiento a:

- Dr. William Holm
- Dra. Amy Darukhanavala
- Cathy Flynn, enfermera especialista

#### **Dream Fund Pediatric Endocrinology Clinic**

**10001 S. Eastern Ave.**

**Suite 209**

**Henderson, NV 89052**

**(Tel.) 702-616-5865**

**(Fax) 702-616-5828**

Nombre del paciente (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Firma del padre/la madre/el tutor: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN MÉDICA

Con vigencia a partir del 14 de abril de 2003, la ley exige que Dignity Health Medical Group les brinde a los pacientes una copia de su Aviso de prácticas de privacidad para información de salud. Le daremos una copia cuando reciba el primer tratamiento y, si modificamos el aviso, a partir de allí, en la próxima visita de tratamiento.

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Dignity Health Medical Group tiene un contrato con varios programas de seguro médico, incluido Medicare, y acepta asignaciones únicamente para esos seguros médicos. Si hay un contrato entre mi compañía de seguros y Dignity Health Medical Group, Dignity Health presentará mi seguro médico. Solicito que mi seguro le pague a Dignity Health Medical Group, LLC en mi nombre. Acepto pagar cualquier porción de mis cargos presentados por Dignity Health Medical Group que el seguro médico que contraté considere que es mi responsabilidad. En el caso de que se determine que un cargo es por un servicio cosmético, acepto pagar dichos servicios en su totalidad en el momento en que se preste el servicio.

Si no cuento con un plan de seguro médico con el cual Dignity Health Medical Group tenga un contrato, acepto pagar todos los gastos en su totalidad en el momento en que se presten los servicios.

Comprendo que, en última instancia, es mi responsabilidad pagar mi factura médica. Si es necesario que Dignity Health Medical Group cobre el pago, comprendo que seré responsable de los costos legales, incluidos los honorarios del abogado.

Comprendo que si me niego a firmar este formulario o si he modificado este formulario de cualquier manera, existe la posibilidad de que Dignity Health Medical Group se niegue a brindarme un diagnóstico y un tratamiento. Tengo derecho a revocar este consentimiento y esta asignación de beneficios por escrito, salvo por los servicios que ya se han prestado.

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Al escribir sus iniciales en cada sección y firmar a continuación, usted reconoce haber recibido el Aviso conjunto de prácticas de privacidad para información médica y comprende la asignación de beneficios como paciente, representante personal del paciente, agente autorizado del paciente o persona involucrada en la atención médica del paciente.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Firma de reconocimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
(Si firma otro en nombre del paciente)

### NEGATIVA A BRINDAR CONSENTIMIENTO

El paciente se ha negado a firmar el formulario de consentimiento de obligación financiera.

Nombre del miembro del personal: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE NUEVO PACIENTE DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA**

Complete lo siguiente lo mejor que pueda antes de su visita:

**INFORMACIÓN GENERAL:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
 Persona que completa los formularios: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 ¿Por qué motivo viene el niño hoy? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo comenzó este problema? \_\_\_\_\_ Proveedor que hizo la derivación: \_\_\_\_\_  
 ¿Hay análisis de laboratorio/radiografías de este problema?  No  Sí  
 ¿Lo ha visto al niño un endocrinólogo anteriormente?  No  Sí De ser así, especifique dónde, cuándo y por qué. \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERINATALES:**

Indique si alguna de las siguientes opciones se aplica a la madre del paciente (encierre en un círculo "Sí" o "No"):

¿Fumó?	S o N
¿Consumió bebidas alcohólicas?	S o N
¿Tomó hormonas/medicamentos?	S o N
¿Se realizó alguna radiografía?	S o N
¿Se colocó alguna inyección?	S o N
¿Tuvo sangrado vaginal prematuro?	S o N
¿Tuvo presión arterial alta?	S o N
¿Tuvo problemas de tiroides?	S o N

Explicación:

Cuánto/Con qué frecuencia:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

¿Cuánto peso aumentó la madre del paciente durante el embarazo? \_\_\_\_\_ libras

**ANTECEDENTES DEL PARTO:**

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Talla al nacer: \_\_\_\_\_  Parto vaginal  Cesárea. ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 Nacimiento a término  Nacimiento prematuro/tardío (encierre en un círculo). ¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_  
 ¿Hubo algún problema durante el embarazo?  NO  Sí.  
 Enumere: \_\_\_\_\_  
 ¿Hubo algún problema con el parto?  NO  Sí. Explique: \_\_\_\_\_  
 ¿Necesitó el niño ayuda para respirar al nacer?  NO  Sí. ¿Se trasladó al niño a la UCIN al nacer?  NO  Sí. Explique: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS:**

¿Hubo alguna hospitalización o visita a la sala de emergencia?  NO  Sí. Enumere: \_\_\_\_\_  
 ¿Hubo alguna cirugía?  NO  Sí. Enumere: \_\_\_\_\_  
 ¿Hubo algún problema médico importante o crónico?  NO  Sí. Explique: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:**

Leche materna  Leche de fórmula/leche de fórmula especial: \_\_\_\_\_ Inquietudes respecto de la alimentación/el peso: \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE NUEVO PACIENTE DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES DEL DESARROLLO:

¿Hubo algún problema con el desarrollo?  No  Sí. Explique: \_\_\_\_\_

¿Existe alguna inquietud con respecto al desarrollo físico o mental del paciente?  No  Sí  
De ser así, explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente algún problema emocional o nervioso que le preocupe?  No  Sí  
De ser así, explique: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES DE EJERCICIO FÍSICO:

En promedio, ¿cuántos minutos de actividad física realiza el niño por día?  
\_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOCIAL:

Grado en la escuela: \_\_\_\_ Desempeño escolar: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_  
Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Cantidad de hermanos/as: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_  
¿Vive el niño con la familia?  NO  Sí. Explique: \_\_\_\_\_ ANTECEDENTES FAMILIARES:  Adoptado  
Estatura de la madre: \_\_\_\_ Peso \_\_\_\_ Indicar la edad de la madre cuando tuvo su primera menstruación. \_\_\_\_  
Estatura del padre: \_\_\_\_ Peso \_\_\_\_ Indicar si la pubertad del padre fue prematura o tardía.  NO  Sí

Marque todas las opciones que correspondan a continuación:

	Madre del paciente	Padre del paciente	Hermano/hermana del paciente	Otros familiares (abuelo materno, tía paterna, etc.)
Diabetes				
Tiroides				
Enfermedad cardíaca				
Presión arterial alta				
Problemas de colesterol				
Sobrepeso/Obesidad				
Pubertad prematura/tardía (P o T)				
Talla baja				
Trastornos sanguíneos				
Cáncer (tipo)				
Otro				

## VACUNAS:

¿Está el paciente al día?  No  Sí  
De no ser así, indique cuáles faltan: \_\_\_\_\_ ¿A qué edad se omitieron las vacunas de rutina que faltan? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA FARMACIA:

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la farmacia: ( ) \_\_\_\_\_  
Número de fax de la farmacia: \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE NUEVO PACIENTE DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

## REVISIÓN DE LOS SISTEMAS: (INDIQUE SI SU HIJO TIENE ANTECEDENTES DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES)

<p><b>GENERAL:</b></p> <input type="checkbox"/> Nivel bajo de azúcar en sangre <input type="checkbox"/> Pérdida reciente de peso <input type="checkbox"/> Fiebre frecuente <input type="checkbox"/> Fatiga (cansancio)	<p><b>RESPIRATORIO:</b></p> <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<p><b>CUTÁNEO:</b></p> <input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Sequedad/Oleosidad <input type="checkbox"/> Oscurecimiento o engrosamiento de la piel <input type="checkbox"/> Cambios en el cabello/Crecimiento inusual del cabello Describe: _____ _____
<p><input type="checkbox"/> Palidez</p> <p><b>ENDOCRINO:</b></p> <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor o al frío <input type="checkbox"/> Fatiga	<p><b>CORAZÓN/VASOS SANGUÍNEOS:</b></p> <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<p><input type="checkbox"/> Estrías  <input type="checkbox"/> Marcas de nacimiento, describa: _____                  _____</p> <p><b>SANGUÍNEO/LINFÁTICO:</b></p> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Moretones/Sangrados de fácil aparición <input type="checkbox"/> Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos
<p><input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos  <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva  <input type="checkbox"/> Sudoración nocturna  <input type="checkbox"/> Diabetes/Nivel alto de azúcar en sangre  <input type="checkbox"/> Nivel bajo de azúcar en sangre  <input type="checkbox"/> Sed excesiva</p> <p><input type="checkbox"/> Hambre excesiva  <input type="checkbox"/> Orina excesiva  <input type="checkbox"/> Orinar por la noche _____ veces  <input type="checkbox"/> Necesidad imperiosa de consumir sal  <input type="checkbox"/> Crecimiento acelerado/lento  <input type="checkbox"/> Maduración acelerada/lenta  <input type="checkbox"/> Cambios en las mamas _____</p> <p><b>OJOS</b></p> <input type="checkbox"/> Anteojos/Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Más dificultades de las normales para ver <input type="checkbox"/> Dolor ocular <input type="checkbox"/> Enrojecimiento/Sequedad ocular <input type="checkbox"/> Visión doble <p><b>OÍDOS/NARIZ/GARGANTA:</b></p> <input type="checkbox"/> Problemas en los oídos	<p><input type="checkbox"/> Soplo cardíaco  <input type="checkbox"/> Crisis cianóticas  <input type="checkbox"/> Mareos  <input type="checkbox"/> Hinchazón en las manos/los pies  <input type="checkbox"/> Palpitaciones</p> <p><b>DIGESTIVO:</b></p> <input type="checkbox"/> Tos/Ahogo/Arcadas al comer <input type="checkbox"/> Vómitos frecuentes <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Acidez/Dolor estomacal frecuentes <input type="checkbox"/> Diarrea/Heces blandas frecuentes <p><b>GENITOURINARIO:</b></p> <input type="checkbox"/> Necesidad frecuente de orinar <input type="checkbox"/> Dolor/ardor al orinar En el caso de las niñas: Primera menstruación: _____ Última menstruación: _____ <input type="checkbox"/> Problemas con la menstruación Explique: _____	<p><b>MÚSCULOS/HUESOS/ARTICULACIONES</b></p> <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Problemas en las articulaciones <input type="checkbox"/> Cojera <input type="checkbox"/> Dolor óseo <input type="checkbox"/> Fracturas _____ <p><b>NEUROLÓGICO:</b></p> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Convulsiones
<p><input type="checkbox"/> Pérdida de la audición  <input type="checkbox"/> Problemas de los senos paranasales  <input type="checkbox"/> Ronquidos  <input type="checkbox"/> Sentido del olfato deficiente  <input type="checkbox"/> Sangrados nasales  <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar  <input type="checkbox"/> Llanto inusual, describa: _____                  _____</p> <p><b>ALERGIA/SISTEMA INMUNITARIO:</b></p> <input type="checkbox"/> Secreción nasal estacional o crónica <input type="checkbox"/> Ojos llorosos <input type="checkbox"/> Congestión nasal <input type="checkbox"/> Estornudos <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes	<p><b>PSIQUIÁTRICO/CONDUCTUAL:</b></p> <input type="checkbox"/> Cambios en el estado de ánimo <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ataques de furia <p><b>OTRO:</b> _____                  _____</p>	

### NOTAS DEL PROVEEDOR:

**OBJETIVO:** el objetivo y las limitaciones (de existir alguna) del uso o la divulgación solicitada es:

- A pedido del paciente o del representante personal (es posible que se apliquen cargos); **O BIEN**
- Otro: \_\_\_\_\_

**CADUCIDAD:** esta autorización caducará automáticamente al cumplirse un (1) año de la fecha de otorgamiento, a menos que se especifique una fecha o un evento de finalización diferente: \_\_\_\_\_  
(inserte la fecha o el evento)

**MIS DERECHOS:**

- Puedo negarme a firmar esta autorización. La negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamientos, pagos o elegibilidad de los beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección: Facility Privacy Officer  
Dignity Health - St. Rose Dominican, Siena Campus  
3001 St. Rose Parkway, Henderson NV 89052

La revocación entrará en vigencia una vez recibida, salvo en la medida en que otros hayan actuado en base a esta autorización.

El destinatario puede divulgar nuevamente la información que se divulgue conforme a esta autorización. Es posible que dicha divulgación nueva ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Si se trata de una autorización para la divulgación de información sobre abuso de sustancias, es posible que esté prohibido que el receptor divulgue la información conforme al Código de Reglamentaciones Federales (C.F.R.) 42, parte 2.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante personal)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del representante personal

\_\_\_\_\_  
Vínculo con el paciente

Identificación del paciente/representante verificada: *Iniciales:* \_\_\_\_\_ *Depto.:* \_\_\_\_\_

Nota: Si la información sobre **tratamientos para abuso de sustancias** está protegida por las normas federales de confidencialidad (C.F.R. 42, parte 2), al receptor de la información se le deben proporcionar las siguientes declaraciones sobre la prohibición de nuevas divulgaciones:

**Las normas federales prohíben que el receptor realice otras divulgaciones de la información a menos que ello esté explícitamente permitido por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece la información, o si lo permite el C.F.R. 42, parte 2, de algún otro modo. Una autorización general para la publicación de información médica o de otra clase NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier forma de uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.**

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE  
LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Al completar el presente documento, usted autoriza la divulgación y/o el uso de información médica sobre usted. No suministrar *toda* la información solicitada puede invalidar esta autorización.

**USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Otros nombres utilizados: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

AUTORIZO A: \_\_\_\_\_  
(Establecimiento u otro proveedor)

A QUE DIVULGUE A: \_\_\_\_\_  
(Personas/organizaciones autorizadas para **recibir** la información)

A la siguiente dirección: 10001 S. Eastern Ave., Ste 209 Henderson, NV 89052  
(Calle, ciudad, estado y código postal)

**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:**

La información divulgada puede incluir lo siguiente (marque el recuadro y coloque las iniciales en las líneas correspondientes que figuran a continuación):

- \_\_\_\_\_ Salud mental (no incluye las “notas de psicoterapia”)
- \_\_\_\_\_ Registros sobre tratamientos de abuso de sustancias
- \_\_\_\_\_ Información sobre pruebas genéticas
- \_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH y enfermedades contagiosas

**LOS SIGUIENTES REGISTROS**, tipos específicos de información médica o registros con fecha(s) de tratamiento como se detalla a continuación (marque el [[los] recuadro[s] correspondiente[s]):

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Información pertinente<br>Todos los informes, las pruebas especializadas, los análisis de laboratorio, las radiografías, los informes patológicos obligatorios | <input type="checkbox"/> Registros de facturación  | <input type="checkbox"/> Informes del servicio de emergencias | <input type="checkbox"/> Informes de procedimientos |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas  | <input type="checkbox"/> Anamnesis y examen físico | <input type="checkbox"/> Resumen del alta                     |   |
| <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio  | <input type="checkbox"/> Informes de radiografías  | <input type="checkbox"/> Informe patológico                   |   |
| <input type="checkbox"/> Pruebas especializadas (ECG, etc.)   |  |   |   |

Fecha(s): \_\_\_\_\_

Otro(s): \_\_\_\_\_

**TODOS LOS REGISTROS** relacionados con mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria. Se requiere una autorización por separado para usar o divulgar las notas de psicoterapia o la información de investigación sanitaria.

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Autorización para divulgar información a familiares**

Muchos de nuestros pacientes permiten que familiares como sus cónyuges, parejas, padres o hijos llamen y soliciten el resultado de pruebas, procedimientos e información financiera. Según los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), no podemos proporcionarle esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que le proporcionemos su información médica, el resultado de cualquier prueba de diagnóstico o información financiera a algún familiar, debe firmar este formulario.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, salvo que ya hayamos hecho una divulgación en virtud de su consentimiento previo.

**Autorizo a DHMGN a divulgarles mis registros y cualquier tipo de información a las siguientes personas.**

1. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (EN LETRA DE IMPRENTA)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente