

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Médico que Remite \_\_\_\_\_ Médico de Atención Primarian \_\_\_\_\_

## HISTORIAL GINECOLÓGICO

Último periodo menstrual normal \_\_\_\_\_ Edad del primer periodo menstrual \_\_\_\_\_  
 Duración de periodos \_\_\_\_\_ Número de días entre periodos \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene coágulos? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_  
 ¿Tiene periodos dolorosos? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Sangra usted entre ciclos? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_  
 ¿Siente dolor al realizar el acto sexual? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_  
 Última prueba de Papanicolau \_\_\_\_\_ ¿Algún resultado anormal? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_  
 Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_  
 Última mamografía \_\_\_\_\_ ¿Algún resultado anormal? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_  
 ¿Si es así, cuándo? \_\_\_\_\_  
 Última colonoscopia \_\_\_\_\_ Última densidad ósea \_\_\_\_\_  
 Método anticonce \_\_\_ esterilización (pareja/propia) \_\_\_ Depo Provera \_\_\_ DIU \_\_\_ píldoras  
 \_\_\_ diafragma \_\_\_ planificación familiar natural \_\_\_ espuma/gel \_\_\_ otro \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene pérdidas de orina? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_ todo el tiempo \_\_\_\_\_ al levantar peso/toser  
 \_\_\_\_\_ ocasionalmente  
 ¿Lleva usted almohadillas de incontinencia? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_ Si es así, ¿cuántas por día? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene pérdidas de heces? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

## HISTORIA DE LA OBSTETRICIA

Embarazos \_\_\_ Nacimientos \_\_\_ Abortos naturales \_\_\_ Cesáreas \_\_\_ Abortos provocados \_\_\_ Ninguno \_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

___ Anemia	___ Artritis	___ Asma	___ Trastorno de sangrado
___ Transfusión de sangre	___ Cáncer de mama	___ Condiloma/Verrugas	___ Trombosis venosa profunda
___ Depresión/Ansiedad	___ Diabetes	___ Endometriosis	___ Mamas fibroquísticas
___ Fibromas	___ Fibromialgia	___ Infecciones de vejiga frecuentes	___ Herpes genital
___ Gonorrea/Clamidia	___ Ataque cardiaco	___ Hepatitis	___ Presión sanguínea alta
___ Colesterol Alto	___ VIH/SIDA	___ Prolapso de válvula mitral	___ Quistes ováricos
___ Embolia	___ Enfermedad de tiroides	___ Úlcera/ERGE	___ Colitis ulcerosa
___ Otro _____			

## HISTORIAL QUIRÚRGICO

Tipo de operación	Motivo de Operación	Fecha de Operación

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## ALERGIAS \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS (Nombre, dosis y frecuencia; incluyendo suplementos y hierbas)


## HISTORIA SOCIAL

Ocupación \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas trabaja/semana? \_\_\_\_\_

¿Ha sido sexualmente activa alguna vez? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Es sexualmente activa actualmente? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

¿Ha sufrido alguna vez violación o abusos? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

¿Está actualmente segura en su relación? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

¿Fuma usted? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_ ANTES \_\_\_ Si la respuesta es sí, ¿cuántos paquetes por día? \_\_\_ ¿Cuántos años? \_\_\_

¿Le interesa dejar de fumar? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Quizá el año próximo? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

¿Cuánto alcohol bebe usted? \_\_\_\_\_

¿Cuánto café/té bebe usted? \_\_\_\_\_

¿Alguna droga recreativa? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_ Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto ejercicio hace usted? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL FAMILIAR (indique edad y problemas de salud de cada uno)

Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

Hermanas \_\_\_\_\_ Hermanos \_\_\_\_\_

## REVISIÓN DE SISTEMAS (marque cualquier síntoma persistente que tenga actualmente)

### ENDOCRINO

\_\_\_ Enfermedad de tiroides (Bocio, Nódulos, Hashimoto, Enfermedad de Graves, Hipotiroidismo, Cáncer de Tiroides, Cirugía de Tiroides)

\_\_\_ Paratiroides (Hiperparatiroidismo, Hipoparatiroidismo, Cáncer de Paratiroides, Cirugía de Paratiroides)

\_\_\_ Enfermedad Pituitaria      \_\_\_ Trastorno suprarrenal

\_\_\_ Diabetes (¿año de diagnóstico?) \_\_\_ \_\_\_ Complicaciones \_\_\_\_\_

### NEPHROLOGICAL

\_\_\_ Angina

\_\_\_ Problemas Circulatorios

\_\_\_ Nefritis

\_\_\_ Flebitis

\_\_\_ Enfermedad Renal

\_\_\_ Rheumatic Fever

### MUSCULOESQUELÉTICO

\_\_\_ Artritis

\_\_\_ Fracturas

\_\_\_ Gota

\_\_\_ Dolor en articulaciones

### HEMATOLÓGICO

\_\_\_ Anemia

\_\_\_ Tendencia a Sangrado

\_\_\_ Hepatitis/Ictericia

\_\_\_ VIH/SIDA

\_\_\_ Glándulas Inflamadas

### GASTROINTESTINAL

\_\_\_ Sangre en Heces

\_\_\_ Colitis

\_\_\_ Cáncer de Colon

\_\_\_ Hernia Hiatal

\_\_\_ Náuseas/Vómitos

\_\_\_ Úlceras

### PIEL

\_\_\_ Erupciones/Urticaria

\_\_\_ Herpes zóster

### RESPIRATORIO

\_\_\_ Bronquitis

\_\_\_ Enfisema

\_\_\_ Insuficiencia respiratoria

### NEUROLÓGICO

\_\_\_ Enfermedad de Parkinson

\_\_\_ Convulsiones

\_\_\_ Embolia

### CONSTITUCIONAL

\_\_\_ Cambios en Appetito

\_\_\_ Cáncer

\_\_\_ Escalofríos

\_\_\_ Depresión

\_\_\_ Pérdida de Peso

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### GINECOLÓGICO

- Cáncer de Mama
- Menstruaciones intensas
- Sustitución de Hormonas
- Periodos irregulares
- Menopausia
- Quiste/Cáncer de Ovario
- SOP
- Cáncer de Útero o Cuello de Útero

### UROLÓGICO

- Sangre en Orina
- Quemazón al Orinar
- Cáncer
- Dolor/Urgencia/Frecuencia
- Piedras
- Problemas para Vaciar Vejiga

### CARDIOVASCULAR

- Arritmia
- Presión Sanguínea Alta
- Enfermedad de Ataque Cardíaco (angioplastia, stents, bypass femoro-poplíteo, amputaciones)
- Vascular periférica
- Embolia
- Enfermedad Valvular
- Soplo Cardíaco

Otros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Inventario de Disfunciones de Suelo Pélvico

## INSTRUCCIONES

Este cuestionario es necesario para que su médico sepa cómo abordar mejor cada uno de sus problemas. Usted será evaluada por un especialista en uroginecología que se centra en trastornos del suelo pélvico que implican condiciones intestinales, de vejiga y pélvicas.

Por favor, responda a TODAS las preguntas de la siguiente encuesta (anverso/reverso). Estos son síntomas que recientemente le han estado molestando durante el último año que la hacen acudir al uroginecólogo. Esto debería tomarle cinco minutos para completar.

Cada pregunta tiene dos partes

1. Primero marque el recuadro SÍ o NO si tiene el síntoma.
2. Después, si usted contesta SÍ, por favor, seleccione uno de sus recuadros indicando cuánta molestia le está causando el síntoma.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Por favor, elija la respuesta única que sea la mejor.

Por favor, ignore las secciones de puntaje. Estas son para que su proveedor las complete si es necesario.

Gracias por tomarse el tiempo para completar este cuestionario.

## PFDI-20 del Centro de Continencia Femenina

Iniciales de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número de I.D. \_\_\_\_\_  
Centro de Investigación \_\_\_\_\_

### POPDI-6

Pre  3 m  6 m  12 m  24 m  36 m  60 m

1. ¿Siente habitualmente **presión en** la parte baja del abdomen?

No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante Puntaje \_\_\_

2. ¿Siente habitualmente **pesadez o adormecimiento** en la zona pélvica?

No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante Puntaje \_\_\_

3. ¿Tiene normalmente un abultamiento o algo que sale hacia afuera que puede ver o sentir en su zona vaginal?

No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante Puntaje \_\_\_

4. ¿Alguna vez tiene que empujar sobre su vagina o alrededor de su recto para poder defecar o acabar de defecar?

No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante Puntaje \_\_\_

5. ¿Tiene alguna vez sensación de no vaciar la vejiga por completo?

No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante Puntaje \_\_\_

6. ¿Alguna vez tiene que empujar un abultamiento en la zona vaginal con los dedos para comenzar o acabar de orinar?

No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante Puntaje \_\_\_

POPDI-6 Total x 25 = \_\_\_

## PFDI-20 del Centro de Continencia Femenina

Iniciales de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número de I.D. \_\_\_\_\_  
Centro de Investigación \_\_\_\_\_

### CRADI-8

7. ¿Tiene la sensación de tener que pujar mucho para poder defecar?

- No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?  
 Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante Puntaje \_\_\_\_

8. ¿Tiene usted la sensación de que no ha vaciado completamente el intestino tras haber defecado?

- No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?  
 Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante Puntaje \_\_\_\_

9. ¿Tiene habitualmente pérdidas fecales involuntarias si sus heces están bien formadas?

- No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?  
 Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante Puntaje \_\_\_\_

10. ¿Tiene habitualmente pérdidas fecales involuntarias si sus heces están sueltas?

- No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?  
 Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante Puntaje \_\_\_\_

11. ¿Tiene usted habitualmente pérdidas involuntarias de gases desde el recto?

- No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?  
 Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante Puntaje \_\_\_\_

12. ¿Tiene usted habitualmente dolor al defecar?

- No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?  
 Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante Puntaje \_\_\_\_

13. ¿Tiene habitualmente una fuerte sensación de urgencia y tiene que correr al baño para defecar?

- No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?  
 Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante Puntaje \_\_\_\_

14. ¿Sobresale parte de su intestino por el ano mientras usted defeca o después de defecar?

- No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?  
 Nada en absoluto  Algo  Moderadamente  Bastante Puntaje \_\_\_\_

CRADI-8 Total x 25 = \_\_\_\_

## PFIQ-7 del Centro de Continencia Femenina

Iniciales de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número de I.D. \_\_\_\_\_  
Centro de Investigación \_\_\_\_\_

### UDI-6

15. ¿Habitualmente orina con frecuencia?

- No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?  
 Nada en absoluto  Algo  Moderada-mente  Bastante Puntaje \_\_\_\_

16. ¿Siente normalmente pérdidas de orina asociadas a sensación de urgencia, es decir, una fuerte sensación de necesitar ir al baño?

- No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?  
 Nada en absoluto  Algo  Moderada-mente  Bastante Puntaje \_\_\_\_

17. ¿Sufre normalmente pérdidas de orina al toser, reír o estornudar?

- No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?  
 Nada en absoluto  Algo  Moderada-mente  Bastante Puntaje \_\_\_\_

18. ¿Sufre normalmente pequeñas pérdidas de orina (pequeñas gotas de orina)?

- No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?  
 Nada en absoluto  Algo  Moderada-mente  Bastante Puntaje \_\_\_\_

19. ¿Siente normalmente dificultad para vaciar la vejiga?

- No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?  
 Nada en absoluto  Algo  Moderada-mente  Bastante Puntaje \_\_\_\_

20. ¿Siente normalmente dolor o malestar en la parte baja del abdomen o zona genital?

- No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?  
 Nada en absoluto  Algo  Moderada-mente  Bastante Puntaje \_\_\_\_

UDI-6 Total x 25 = \_\_\_\_

**Puntajes de la escala:** Obtenga el valor promedio de todos los apartados contestados dentro de la escala correspondiente (valor posible 0 – 4) y después multiplique por 25 para obtener el puntaje de la escala (rango 0 – 100). Los apartados que falten se completan utilizando el promedio solo de los apartados contestados.

POPDI-6 \_\_\_\_\_

CRADI-8 \_\_\_\_\_

UDI-6 \_\_\_\_\_

**Resumen de Puntaje del PFDI-20:** Añada los puntajes de las tres escalas juntas para obtener el resumen de puntaje (rango 0 – 100)

Puntaje PFDI-20 \_\_\_\_\_

## PFIQ-7 del Centro de Continencia Femenina

Iniciales de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número de I.D. \_\_\_\_\_  
 Centro de Investigación \_\_\_\_\_

Pre  3 m  6 m  12 m  24 m  36 m  60 m

### CUESTIONARIO DE IMPACTO DE SUELO PÉLVICO— FORMULARIO CORTO 7

**Instrucciones:** Algunas mujeres encuentran que los síntomas de vejiga, intestinales o vaginales afectan a sus actividades, relaciones y sentimientos. Para cada pregunta escriba una X en la respuesta que describa mejor cuántas de sus actividades, relaciones y sentimientos se han visto afectados por sus síntomas o condiciones de vejiga, intestinales o vaginales durante los últimos tres meses. Por favor, asegúrese que marca una respuesta en las tres columnas para cada pregunta.

¿Cómo afectan los síntomas o condiciones a continuación a su(s):	Vejiga u Orina	Intestino o Recto	Vagina o Pelvis
1. Capacidad de realizar las tareas de la casa (cocinar, lavandería, limpieza)?	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
2. Capacidad de realizar actividades físicas como caminar, nadar u otros ejercicios?	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
3. Actividades de ocio, como ir al cine o a un concierto?	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
4. Capacidad de viajar en coche o en autobús una distancia superior a 30 minutos desde su casa??	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
5. Participar en actividades sociales fuera de su hogar?	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
6. Salud emocional (nervios, depresión, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
7. Sentirse frustrada?	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante

Cálculo de puntaje del PFIQ-7

Total x 100

x 100

x 100

Todos los apartados utilizan la siguiente escala de respuestas: 0, Nada en absoluto; 1, Algo; 2, Moderadamente; 3, Bastante

**Puntaje de PFIQ-7** \_\_\_\_\_

**Escalas:** Cuestionario de Impacto Urinario (UIQ-7): Siete apartados bajo el encabezado de columna "Vejiga u Orina" Cuestionario de Impacto Colorrectal-Anal (CRAIQ-7): Siete apartados bajo el encabezado de columna "Intestino o Recto" Cuestionario de Impacto de Prolapso de Órgano Pélvico (POPIQ-7): Siete apartados bajo el encabezado de columna "Pelvis o Vagina."

**Puntajes de Escalas:** Obtenga el valor promedio de todos los apartados respondidos dentro de la escala correspondiente (valor posible 0 – 3) y después multiplique por (100/3) para obtener el puntaje de la escala (rango 0 – 100). Los apartados incompletos se cubren utilizando el promedio solo de los apartados respondidos.

**Resumen de Puntaje del PFIQ:** Sume las puntuaciones de las tres escalas para obtener el resumen de puntaje (rango 0 – 300).

## Formulario de Consentimiento para Receta Electrónica

La receta electrónica (en inglés, ePrescribing) se define como la capacidad de un médico de enviar electrónicamente una receta correcta, libre de errores y comprensible directamente a una farmacia desde el punto de atención. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un factor importante para mejorar la calidad de atención al paciente. La receta electrónica reduce en gran medida los errores de medicación e incrementa la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA, por sus siglas en inglés) de 2003 enumera los estándares que deben incluirse en un programa de receta electrónica, que incluyen:

- Formulario y transacciones de beneficios: proporciona a quien prescribe información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.
- Transacciones de historial de medicamentos: proporciona al médico información sobre medicamentos que ya está tomando el paciente para minimizar el número de eventos adversos de medicamentos.
- Notificación de situación de receta surtida: permite a quien prescribe recibir una notificación electrónica de la farmacia diciéndole si la receta del paciente ha sido recogida, no ha sido recogida, o se ha surtido parcialmente.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que Community Memorial Healthcare puedan solicitar y utilizar su historial de medicamentos con receta de otros proveedores de salud y/o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

He tenido ocasión de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria para mí.

Nombre del Paciente con Letra de Imprenta \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o del Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la Farmacia \_\_\_\_\_

# Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

## Legal Advice Disclaimer

This document and the information on it do not constitute legal advice. It is also not a substitute for legal or other professional advice. Users should consult their own legal counsel for advice regarding the application of the law and this document as it applies to HIPAA regulations.

Patient Name \_\_\_\_\_

I hereby acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practices statement of Community Memorial Healthcare.

Signature of Patient \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## Reconocimiento del Aviso de las Practicas de Privacidad

Este documento y la información en él no constituyen asesoramiento legal, ni sustituyen a asesoramiento legal u otro consejo profesional. Los usuarios deben consultar a sus propios consejeros legales para recibir asesoramiento con respecto a la aplicación de la ley y de este documento en el sentido en que se aplica a las regulaciones de HIPAA.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Yo reconozco por este medio que he recibido el aviso de la Declaracion de las Prácticas de Privacidad de Community Memorial Healthcare.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Para completar por parte del Personal:

Completar si se ha solicitado firma pero no se ha obtenido.

El miembro del personal intentó, pero no pudo obtener un reconocimiento del paciente o del representante personal del paciente por el motivo siguiente:

El paciente/representante personal se negó a firmar el formulario.

Otro \_\_\_\_\_



ADM103

Identificación del paciente

# Autorización para Divulgar Información Médica a Personas/Familiares

Conforme a las reglas de privacidad del gobierno federal, implementadas mediante la Ley de Portabilidad de la Atención Sanitaria (HIPPA) de 1996, para que los médicos o el personal de Community Memorial Healthcare divulguen su información médica, debemos obtener su autorización antes de hacerlo. Sin embargo, en caso de un episodio crítico, o si usted no puede dar su autorización debido a la gravedad de su condición, la ley dispone que estas reglas pueden dispensarse. Por favor, indique sus preferencias a continuación.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono de Contacto \_\_\_\_\_

Autorizo a Community Memorial Healthcare a enviar cartas que contengan parte o la totalidad de mi información médica, incluyendo resultados de pruebas y recomendaciones, a la dirección que se proporciona más arriba.

Autorizo a Community Memorial Healthcare a dejar mensajes en el correo de voz en el número de teléfono que se proporciona más arriba.

Autorizo a Community Memorial Healthcare a divulgar verbalmente cualquier o toda la información respecto de mi atención médica a la(s) siguiente(s) persona(s).

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Entiendo que es responsabilidad mía informar con prontitud a Community Memorial Healthcare por escrito sobre cualquier cambio que yo desee realizar en esta autorización. Esta autorización seguirá en vigor hasta \_\_\_\_\_ (sin exceder los 24 meses).

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_