



Servicios para Transplante - Donador Solicitud

Información del Paciente

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial:	Apellido de Soltero(a):
Numero de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:	
Número de teléfono en CASA: <input type="checkbox"/> Ningún		Número de CELULAR: <input type="checkbox"/> Ningún	
DOMICILIO Física:		Dirección de CORREO:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Número de teléfono en el TRABAJO: <input type="checkbox"/> Ningún	¿Le podemos llamar al trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Le podemos contactar por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Preferencia de Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra idioma:		
Dirección de correo electrónico: <input type="checkbox"/> Ningún	¿Es ciudadano(a) de los estados unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, explique:		
Raza u origen étnico: <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro(a) o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro:			
Religión:			

Relación del Donantes Vivo

Proporcionar información sobre la persona que desea donar para:

Apellido:	Primer Nombre:		
Este persona es mi::			
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Sobrino(a)
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Madrastra	<input type="checkbox"/> Amigo(a)
<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuelo(a)	<input type="checkbox"/> Medio hermano(a)	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Primo(a)	

Médico Personal

¿Tiene usted un médico personal (PCP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si – proporcione información		
Nombre del Doctor:	Numero de teléfono:	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:

MEDICARE

¿Usted tiene Medicare? No Si

MEDICAID

¿Usted tiene Medicaid? No Si

PRIVADO/COMERCIAL Seguro Medico

¿Usted tiene seguro medico Privado? No Si

Información Personal

Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Vivo con un compañero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		Cuantos años
Ingreso anuales total: \$	Numero de personas en el hogar:	
Nivel de educación mas alto completado: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad <input type="checkbox"/> Escuela primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o Carrera Técnica <input type="checkbox"/> Algo de Preparatoria <input type="checkbox"/> Maestría o mas <input type="checkbox"/> Termine la Preparatoria <input type="checkbox"/> Otro:		¿Esta yendo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Nombre de

Estatus de Empleo

¿Está trabajando?

<input type="checkbox"/> No estoy trabajando	<i>La razón que no trabajo es a causa de:</i> <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Soy estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> La salud o las exigencias del tratamiento de diálisis		
<input type="checkbox"/> Si, Trabajo	<input type="checkbox"/> Trabajo tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo parte del tiempo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> La salud o las exigencias del tratamiento		
Empresa:	Titulo en su empleo:	Empresa:	
Domicilio:	Ciudad:	Domicilio:	Ciudad:

Contactos en Caso de una Emergencia

Contacto Principal:

Contacto Adicional:

Nombre:	Teléfono:	Nombre:	Teléfono:
Domicilio: <input type="checkbox"/> El mismo de donador		Domicilio: <input type="checkbox"/> El mismo de donador	
Ciudad:	Código:	Ciudad:	Código:
Relación:		Relación:	

Medicamentos

Anote todos los medicamentos que **esta tomando actualmente** (incluyendo medicamentos con receta, sin receta, vitaminas, e inhaladores): Ningún

Nombre de Medicamento:	Concentración /dosis:	Que tan seguido la toma (cuantas veces al día):	Fecha aproximada que comenzó el medicamento:

Anote los medicamentos que **le causan alergia** y la reacción que sintió/experimento cuando lo tomo:

<input type="checkbox"/> Ningún alergia a medicamentos	
Nombre del Medicamento:	Reacción Que Tuvo:

Hábitos de la Salud y la Seguridad Personal

Ejercicio:	<input type="checkbox"/> Sedentaria (sin ejercicio) <input type="checkbox"/> Ejercicio ligero (subir escalones, caminar con frecuencia, golf) <input type="checkbox"/> Ejercicio vigoroso ocasional (menos de 4 veces por semana por 30 minutos) <input type="checkbox"/> Ejercicio vigoroso con regularidad (mas de 4 veces por semana por 30 minutos)		
Problemas de Aprendizaje:	¿Tiene problemas visuales (lentes, ceguera)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	¿Tiene problemas escuchando (aparatis de audición, sordera)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	¿Tiene dificultad para leer o escribir?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	¿Tiene dificultad con el habla?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Actividad Sexual: SOLA MUJERES	¿Quiere un embarazo?.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Si no , anote el método anticonceptivo que esta usando:		
Seguridad Personal:	¿Vive Solo(a)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	¿Tiene una directiva avanzada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
El Uso de Alcohol y Drogas:	¿Usa <u>alcohol</u> ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	La ultima fecha que lo uso: ____/____
	¿Cuantos anos has usado alcohol?	Anos: ____	Tipo: _____
	¿Usa <u>tabaco</u> ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	La ultima fecha que lo uso: ____/____
	¿Cuantos anos has usado tabaco?	Anos: ____	Tipo: _____
	¿Usa drogas ilegales? Por ejemplo: la marihuana, cocaína, heroína	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	La ultima fecha que lo uso: ____/____
	¿Cuantos anos has usado tabaco?	Anos: ____	Tipo: _____
	¿Con que frecuencia usted usa o uso drogas?	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal	

Información Personal de la Salud

Historia de Enfermedades Medicas:	Enfermedad: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo II	Edad de Inicio:	Enfermedad: <input type="checkbox"/> Osteoartritis	Edad de Inicio:
	<input type="checkbox"/> Alta presión arterial		<input type="checkbox"/> Gota	
	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón		<input type="checkbox"/> Trastornos Hemorrágicos	
	<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia	
	<input type="checkbox"/> Cáncer		<input type="checkbox"/> Infección Grave	
	<input type="checkbox"/> Lupus		<input type="checkbox"/> Ostoprosis	
	<input type="checkbox"/> Fibromyalgia		<input type="checkbox"/> Otro:	

Información Personal de la Salud

Altura		Peso		
Anestesia	¿Ha tenido una reacción negativa a una anestesia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	Si la respuesta es si ¿Cuál fue el problema?:			
Transfusión De Sangre	¿Ha recibido una transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	Si la respuesta es si, ¿cuáles son la fechas?:			
Infección Crónica	¿Tiene algún tipo de infección crónica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	Si la respuesta es si, anote que es y cuando:			
Riesgos de Infección	¿Se a realizado algún tatuaje?.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	Si la respuesta es si ¿Cuándo?:			
	¿Ha tenido alguna perforación en el cuerpo?.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	Si la respuesta es si, ¿Cuándo?:			
	¿Se ha hecho Acupuntura?.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	Si la respuesta es si, ¿Cuándo?:			
	Ha sido tratado de algún tipo de infección en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	Si la respuesta es si ¿Cuándo y que tipo?:			
	¿Alguna vez ha dado positivo por cualquiera de las siguientes enfermedades de transmisión sexual?:			
	Chlamydia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Gonorrhea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sífilis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Ha tenido resultados positivos a la prueba de VIH/SIDA?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Ha recibido tratamiento para cualquier infección en los últimos 12 meses?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Ha recibido vacunas recientemente?.....			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es si, ¿Cuándo?:				

La siguiente información es un repaso de su salud en **general**. Al final de la sección por favor apunte cualquier comentario que usted crea nos pudiera ayudar a comprender su salud en esa área.

Información Personal de la Salud

Neurología (Cerebro y Espina dorsal)	¿Tiene cualquiera de los siguientes problemas con regularidad?	
	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Ataques	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Se ha lastimado la Cabeza?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si – La fecha: _____
	¿Tiene entumecimiento o hormigueo en los brazos or las piernas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Comentarios:	
	¿Tiene un Neurólogo (medico del Cerebro)?...	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es si, el nombre: Dr. _____ Numero de teléfono: _____		
Ojos, Oídos, Nariz y Garganta	¿Regularmente sufre de sinusitis?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Comentarios:	
Cardiólogo (corazón)	Alta presión arterial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Ataque cardiaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Marca pasos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Cirugía del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Comentarios:	
Tiene un cardiólogo (doctor del corazón).?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es si, anote el nombre: Dr. _____		
Pulmonólogo (pulmones)	Apnea al dormir	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	COPD	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	TB/Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es si, las fechas de tratamiento: _____	
	Bronquitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Respiración silbante o falta de respiración	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Nódulos en los pulmones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Antecedentes de cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Comentarios:	
	¿Tiene un pulmonólogo (doctor de los pulmones)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es si, anote el nombre: Dr. _____		

Información Personal de la Salud

Endocrinología (Diabetes o Tiroides)	¿Es diabético(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es si, que tipo: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II
	¿Alguien en su familia tiene diabetes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es si, anote el relación:	
	¿Tiene problemas con la tiroides?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Comentarios:	
	¿Tiene un Endocrinólogo (doctor para la diabetes y tiroides)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es si, anote el nombre: Dr. _____ Numero de teléfono: _____	
Gastroenterólogo (abdomen/estomago/hígado)	Antecedentes de hepatitis A, B, o C <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cual? <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> ?
	Úlcera de estomago y/o intestino	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Antecedentes de sangre en el excremento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Antecedentes de cálculos biliares/problemas con la vesícula	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Antecedentes de sangre en el vomito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Problemas con el esófago	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Antecedentes de diarrea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Antecedentes de estreñimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Le han hecho una colonoscopia o Endoscopia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es si, anote la razón y la fecha que se la hicieron: Colonoscopia: _____ /_____/_____ Endoscopia: _____ /_____/_____	
	Comentarios:	
	¿Tiene un Gastroenterólogo (doctor del abdomen/estomago/hígado)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es si, anote el nombre: Dr. _____ Numero de teléfono: _____		
Urologo (los Riñones/ vejiga/uréter/ uretra)	Infecciones en la vejiga frecuentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Orina con frecuencia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Pierde control de la vejiga al toser, al reír o al estornudar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Antecedentes de infecciones en el riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Antecedentes de cálculos en el riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Antecedentes de cirugía de la vejiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene un urólogo (doctor de los Riñones/vejiga/uréter/uretra)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es si, anote el nombre: Dr. _____	

Información Personal de la Salud

Hematólogo/ Oncólogo o Reumatólogo	Antecedentes de problemas con sangrado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Antecedentes de dificultades de coagulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Le salen moretones con frecuencia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Coágulos en las piernas o pulmones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Sangrados de la nariz frecuentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene problemas perdiendo su balance?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene historial de fractura de huesos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene artritis?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene dolor en las coyunturas o músculos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Hay antecedentes en la familia de cáncer?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es si , anote quien en su familia y que tipo de cáncer : Relación: _____ Tipo: _____ Relación: _____ Tipo: _____	
	¿Usted tiene antecedentes de cáncer?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es si, las fechas: _____ Tipo: _____ Tratamiento: <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Quimioterapia	
	¿Tiene un hematólogo/oncólogo o Reumatólogo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es si, anote el nombre: Dr. _____		
Psychosocial (Mental/Social)	Antecedentes de enfermedades mentales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Ha estado en la cárcel?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Antecedentes de ansiedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Antecedentes de depresión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Ha sido hospitalizado por una enfermedad mental?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es si, las fechas de hospitalización:	
	¿Tiene un Psiquiatra o Psicólogo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es si, anote el nombre: Dr. _____	

MUJERES SOLAMENTE			
Ginecología	¿A tenido una histerectomía?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Si la respuesta es si, anote la fecha: _____		
	La fecha de su ultimo papanicolau: ____/____/____		
	¿Ha tenido un papanicolau anormal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Fecha de su ultimo mamograma: ____/____/____		
	¿Ha tenido un mamograma anormal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	¿Tiene un ginecólogo?		
	Si la respuesta es si, anote el nombre: Dr. _____ Numero de teléfono: _____		
	¿Cuántos embarazos ha tenido?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> # _____	
	Si usted a estado embarazado, contesta a las siguientes preguntas:		
	¿Cuántos nacimientos vivos ha tenido usted?	# _____	
	¿Tuvo la presión arterial elevada durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	¿Tuvo el azúcar elevada en la sangre durante el embarazo?- diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Quirúrgicos

¿Le han removido un riñón?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es si, las fechas:
-----------------------------------	---------------------------------------------------------	-------------------------------------------

Anote cualquier cirugía que ha tenido: Ninguno

Cirugía:	Razón:	Fecha:

Anote cualquier hospitalización reciente (en los últimos 6 meses): Ninguno

Razón de Hospitalización:	Fecha:

Información Dental

Dental	¿Cuándo fue su última cita dental? ____/____/____	
	¿Tiene prótesis dentales?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Información sobre su Antecedentes Familiares

Sírvase proporcionar la siguiente información para el seguimiento de los individuos.
 Marque con una X las enfermedades que son conscientes de su historia familiar.

Tienen historia de:	Padre	Madre	Padre del Padre	Madre del Padre	Padre del Madre	Madre del Madre	Hermanos	Hermanas
Diabetes								
Enfermedad de los Riñones								
Piedras en los Riñones								
Alta Presion								
Cancer								
Enfermedade del Corazon								
Embolia								
Lupus								
Enfermedades Mentales								
Edad al Momento de Morir:								

Firma de Paciente:	
Nombre impreso:	Fecha:
Firma:	

--TRANSPLANT SERVICES USE ONLY--

Review of Application	
Date:	Signature:

AUTORIZACION PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Sección A: Esta sección se debe completar para todas las Autorizaciones			
Paciente:		Fecha del Nacimiento:	Numero de Seguro Social (opcional):
Domicilio del Paciente:		Tel:	
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
Autorizo a Las Palmas Del Sol Healthcare a que revele información de salud protegida del paciente cuyo nombre aparece arriba a:			
Nombre/Título: Las Palmas Medical Center – Transplant Services			
Domicilio: 1700 N. Oregon, Ste. 680	Ciudad: El Paso	Estado: TX	Codigo Postal: 79902
Objetivo:			
fechas de tratamiento:			
Esta autorización concluirá en el siguiente: (escriba la fecha o el evento pero no ambos) Fecha: _____ Evento: _____ Salvo que se especifique un periodo de tiempo mas breve, este autorización concluirá 180 días después de la fecha en que se firmo. Necesita usted notas de psicoterapia <input type="checkbox"/> Si, entonces este es el único expediente que usted puede solicitar en esta autorización. Usted debe someter otro autorización para otros expedientes abajo. <input type="checkbox"/> No, entonces usted puede pedir todos los expedientes que usted necesita.			
La descripción de información para ser utilizada o para ser revelada			
<input checked="" type="checkbox"/> Copias de Expediente <input checked="" type="checkbox"/> Revisar Expediente <input type="checkbox"/> Carta de días de servicio al hospital.	<input checked="" type="checkbox"/> Las Palmas <input type="checkbox"/> Del Sol	<input checked="" type="checkbox"/> Expediente Completo <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Terapia Physica <input type="checkbox"/> Centro de Oncología <input type="checkbox"/> Life Care Center <input type="checkbox"/> centro de heridas <input type="checkbox"/> Centro Diagnostico <input type="checkbox"/> centro de salud de mujer <input type="checkbox"/> Dx/información abstracta	<input type="checkbox"/> Reporte de Emergencia <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta de Departamento de Emergencia <input type="checkbox"/> resumen final de visita <input type="checkbox"/> Historial (H & P) <input type="checkbox"/> Reportes de Consulta <input type="checkbox"/> Reportes de operación <input type="checkbox"/> Reporte respiratorio <input type="checkbox"/> Laboratorio
<input type="checkbox"/> Reportes de Radiología <input type="checkbox"/> Estudios Cardiacos <input type="checkbox"/> cobertura de expediente <input type="checkbox"/> Reportes de enfermera <input type="checkbox"/> Medicinas Tomadas <input type="checkbox"/> Consentimientos de Registración <input type="checkbox"/> Notas de Progreso <input type="checkbox"/> Ordenes de doctor <input type="checkbox"/> Otro _____	Por la presencia reconozco que la información liberada puede contener alcohol, abuso de la droga, psiquiátrico, prueba de Sida, resultados del Sida o Enfermedad transmitido por acto del sexo. _____ (Iniciales) Si esta información no aplica a usted, marque aquí. <input type="checkbox"/>		
Entiendo que: Puedo rehusar a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntario. Si yo no firmo esta forma, mi asistencia medica y el pago para mi asistencia medica no se afectaran a menos que indicaran de otro modo en sección C. Puedo revocar esta autorización por escrito y no debe tener ningún efecto o ninguna acción tomada antes de la revocación. Para mas detalles busque en el paquete de notificación sobre "Privacidad de Información". Si el solicitante o el receptor no son un plan de salud o proveedor de asistencia medica, la información revelada no podra ser protegida por regulaciones federales de intimidad y puede ser revelada y sus derechos bajo la ley federal "Privacidad de la Información" no podría aplicar y podría ser revelada a quien lo solicite. Entiendo que puedo ver y poder obtener una copia de la información descrita en esta forma, para un honorario razonable de copia, si yo lo pido. Obtendré una copia de esta forma después que yo la firme.			
Sección B: Es la solicitud de Información Medica Protegida con el proposito de mercadeo?			
En caso afirmativo, el proveedor de atención de la salud o el plan de salud debe completar la sección B, lo contrario, vaya a la sección C.			
El destinatario recibirá una compensación financiera o en especie a cambio de utilizar o revelar esta información?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, describir:			
Sección C: Firmas			
He leído esta autorización y autorización y autorizo la revelación de la información protegida de la salud como indicado.			
La firma de Paciente/Guardián/Representante de Paciente:			Fecha:
Imprima el Nombre de Paciente/Guardián/Representante de Paciente:			La relación al Paciente: