



Servicios para Transplante - Solicitud

Información del Paciente

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial:	Apellido de Soltero(a):
Numero de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Número de teléfono en CASA: <input type="checkbox"/> Ningún	Número de CELULAR: <input type="checkbox"/> Ningún		
DOMICILIO Física:	Dirección de CORREO: <input type="checkbox"/> <i>Misma como el domicilio</i>		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Número de teléfono en el TRABAJO: <input type="checkbox"/> Ningún	Preferencia de Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra idioma:		
Dirección de correo electrónico: <input type="checkbox"/> Ningún	<input type="checkbox"/> Ciudadano(a) de los estados unidos <input type="checkbox"/> No Ciudadano de los E.U./ Residente <input type="checkbox"/> Visado		
Raza u origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro(a) o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco			

Nefrólogo / Medico Especialista en Riñones

Nombre del Doctor:	Numero de teléfono:	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:

Diálisis

¿Esta recibiendo <u>Diálisis</u> ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si – proporcione información		
Información sobre su Centro de Diálisis		
Centro de Diálisis:	Numero de teléfono:	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:
Tipo de Diálisis: <input type="checkbox"/> Hemodiálisis – En Centro <input type="checkbox"/> Hemodiálisis – En Casa <input type="checkbox"/> Peritoneal	Días que recibe Diálisis: <input type="checkbox"/> lunes – miércoles - viernes <input type="checkbox"/> martes – jueves - sábado	Turno para Diálisis: <input type="checkbox"/> Por la mañana <input type="checkbox"/> Por la tarde <input type="checkbox"/> Por la noche

Otro Centros de Transplante

¿Actualmente lo están evaluando? o ¿Esta en una lista de espera para trasplante de riñón en otro centro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si – proporcione información		
Nombre del Centro	Ciudad:	Estado:

Transplantes Previo

#1	órgano: <input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Páncreas <input type="checkbox"/> Hígado Centro de Trasplante:	Fecha de Transplante:	Fecha de rechazo:
#2	órgano: <input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Páncreas <input type="checkbox"/> Hígado Centro de Trasplante:	Fecha de Transplante:	Fecha de rechazo:

Información sobre MEDICARE

¿Usted tiene Medicare? No Si - proporcione informac

Numero de identificación de Medicare:	Parte D (Rx) – Plan de recetas:
--	--

Información sobre MEDICAID

¿Usted tiene Medicaid? No Si - proporcione información

Numero de identificación de Medicaid:	Fecha Vigente:
--	-----------------------

PRIVADO/COMERCIAL Seguro Medico

¿Usted tiene seguro medio Privado? No Si - proporcione información

Seguro Privado Principal

Nombre de la compañía aseguradora:	Número de Póliza o de identificación :
Nombre del Asegurado:	Nombre del grupo o empresa:
Numero de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:

Ninguno Seguro Privado Secundario

Nombre de la compañía aseguradora:	Número de Póliza o de identificación :
Nombre del Asegurado:	Nombre del grupo o empresa:
Numero de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:

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 tienen casados o juntos:
Ingreso mensuales total: \$	Gastos anuales: (pago de casa, vehículo, tarjetas de crédito, prestamos, utilidades) \$	
¿Esta yendo a la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Nivel de educación mas alto terminado: <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:	

Estatus de Empleo

¿Está trabajando?

<input type="checkbox"/> No estoy trabajando			
<input type="checkbox"/> Si, Trabajo		<input type="checkbox"/> Trabajo tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo parte del tiempo por: <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> La salud o las exigencias del tratamiento	
Empresa:		Titulo en su empleo:	Años de empleo:
Domicilio:		Ciudad:	Código Postal:
		Número de teléfono:	

Contactos en Caso de una Emergencia

Contacto Principal:

Contacto Adicional:

Nombre:		Relación:	Nombre:		Relación:
Teléfono:			Teléfono:		

Hábitos de la Salud y la Seguridad Personal

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		
Seguridad Personal:		¿Vive Solo(a)?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
El Uso de Alcohol y Drogas:	¿Usa <u>alcohol</u> ?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	La ultima fecha que lo uso: ____/____		
	¿Cuantos anos has usado alcohol?		Anos: ____	Tipo: _____	
	¿Usa <u>tabaco</u> ?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	La ultima fecha que lo uso: ____/____		
	¿Cuantos anos has usado tabaco?		Anos: ____	Tipo: _____	
	¿Usa <u>drogas ilegales</u> ? Por ejemplo: la marihuana, cocaína, heroína		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	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

Altura	_____ pies _____ pulgadas		Peso	_____ lbs
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?:	
	¿Alguna vez ha dado positivo por cualquiera de las siguientes enfermedades de transmisión sexual?:	
	Chlamydia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Gonorrhea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Sífilis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Ha recibido tratamiento para <u>cualquier</u> infección en los últimos 12 meses? Si si, ¿cuando y que tipo?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Donde estabas inmunizado? <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> México <input type="checkbox"/> Otro:		
¿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.

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 o las piernas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Comentarios:	
	¿Quién es su Neurólogo (medico del Cerebro)?	Dr. _____
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:	
¿Quién es su cardiólogo (doctor del corazón)?	Dr. _____	

Información Personal de la Salud

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:	
¿Quién es su pulmonólogo (doctor de los pulmones)?		Dr. _____
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
	Edad: _____ o Año: _____	
	Ha tenido complicaciones debido a la diabetes?	<input type="checkbox"/> Problemas con los ojos <input type="checkbox"/> Amputaciones
	¿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:	
¿Quién es su Endocrinólogo (doctor para la diabetes /tiroides)?		Dr. _____
Gastroenterólogo (Abdomen/ Estomago/ Hígado)	Antecedentes de hepatitis A, B, o C	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cual? <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> No se
	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: _____ / ____ / ____	
¿Quién es su gastroenterólogo (doctor para la diabetes y tiroides)?		Dr. _____

Información Personal de la Salud

Urólogo (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
¿Quién es su urólogo (doctor de los riñones/vejiga/uréter/uretra)?	Dr. _____	
Hematólogo/ Oncólogo o Reumatólogo 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"/> No <input type="checkbox"/> Si: Tipo - _____	
Tratamiento: <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Quimioterapia - Fecha de ultimo tratamiento: _____		
¿Quién es su hematólogo/oncólogo o Reumatólogo?	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
¿Quién es su Psiquiatra o Psicólogo?	Dr. _____	

MUJERES SOLAMENTE		
Ginecología	¿A tenido una histerectomía? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - 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	
	¿Quién es su ginecólogo? Dr. _____	
	<i>Si usted a estado embarazado, contesta a las siguientes preguntas:</i>	
	¿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:

Donación en Vida

¿Alguna persona en su familia o amigos se interesa en convertirse en un donante en vida?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si – proporcione información		
Proporcione los nombres -		
Primer Nombre:	Apellido:	Relación:
Primer Nombre:	Apellido:	Relación:

NOTA: Nacional Centro de asistencia de donantes vivos (NLDAC)

El NLDAC es una fundación que ayudará a pagar por el transporte y los gastos de alojamiento de los donantes que viven a más de 60 millas a las afueras de El Paso. Por favor, considere la posibilidad de pedir a la familia y/o amigos que viven fuera de la ciudad que sean su donante vivo.

Consentimiento Financiero

Yo pido que Las Palmas Medical Center - Servicios de trasplante comience el proceso de evaluación financiera y de trasplante. Entiendo que mi compañía(s) de seguros será contactada con el fin de iniciar este proceso. Yo autorizo a mi médico(s) proveer mi historial médico a Las Palmas Medical Center - Servicios de Trasplante. Yo autorizo a Las Palmas Medical Center - Servicios de trasplante a dar cualquier información médica referente a mi diagnóstico y / o tratamiento, incluyendo pero no limitado a información de enfermedades transmisibles como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (" SIDA "), los resultados de pruebas de laboratorio, historial clínico, tratamiento, o cualquier otra información relacionada a: 1) Representantes de agencias locales, estatales o federales, conforme con la ley, 2) Medicare, 3) Medicaid; 4) a mi compañía de seguros o representantes designados; 5) a cualquier persona (s) o entidades financieras responsable de mi atención o tratamiento medico, 6) a los empleados y/o representantes del hospital Las Palmas y / o 7) personas o entidades encargadas de la calidad, educación, investigación médica, acreditación o con el propósito de poder desempeñar sus funciones.

La duración de esta autorización es indefinida. Entiendo que esta información puede requerir ser proporcionada con el fin de obtener el pago de mis gastos médicos incurridos en Las Palmas Medical Center. Además autorizo la entrega de esta información a mis proveedores médicos fuera de Las Palmas Medical Center para mi mejor cuidado.

Firma de Paciente:

Nombre impreso:	Fecha:
------------------------	---------------

Firma:

Firma de Testigo:

Nombre impreso:	Fecha:
------------------------	---------------

Firma:

TRANSPLANT SERVICES USE ONLY		
Date:	Time:	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: