Lista de verificación para la admisión a los servicios clínicos de CDD

Complete e incluya todos los siguientes formularios:

- [ ] Formulario de admisión a los servicios clínicos de CDD
- [ ] Consentimiento para el tratamiento de UNMMG, firmado por el tutor legal
- [ ] Formulario “Sobre mí”
- [ ] Formularios de consentimiento para telemedicina de UNMMG

Si tiene algún informe de evaluación, incluya una copia con el formulario de admisión.

- [ ] Examen de la vista
- [ ] Examen auditivo
- [ ] Evaluación del desarrollo (p. ej., ASQ, SWIC)
- [ ] Evaluación de autismo (p. ej., M-CHAT-R/F)

¿Cómo envío los formularios completados?

Correo: Early Childhood Evaluation Program
UNM Center for Development and Disability
2300 Menaul NE
Albuquerque NM 87107

Fax: 505-272-0685

Correo electrónico: Programa de Evaluación de la Primera Infancia al 505-272-9846 para obtener ayuda con comunicación por correo electrónico (cifrada)

Si tienen alguna pregunta sobre los servicios de evaluación o este paquete de admisión, comuníquese con la Clínica de Evaluación del Espectro Autista llamando al 505-272-9846.

Admisión a los servicios clínicos de CDD

Nombre completo _____Fecha de nacimiento _____ Sexo ____
Idioma principal _____ Otros idiomas_____
Completado el _____ Derivado por _____

Proveedor médico o pediatra actual o más reciente:

Nombre del proveedor/consultorio	Dirección	Teléfono/Fax
		Teléfono
		Fax

Información del seguro

¿Tiene cobertura de Medicaid? (marque con un círculo) Sí ☐ *No* ☐ N.º de Medicaid:

¿Tiene otra cobertura de seguro? (marque con un círculo) Sí ☐ *No* ☐ Compañía de seguro:

N.º de grupo: _____ N.º de póliza: _____

Padres/cuidadores: *Incluya adultos con los que el personal de CDD pueda hablar sobre esta derivación.*

Nombre			Nombre		
Relación		*Tutor legal* ☐	Relación		*Tutor legal* ☐
Idioma principal			Idioma principal		
Dirección			Dirección		
Números de teléfono			Números de teléfono		
Correo electrónico			Correo electrónico		
Nombre			Nombre		
Relación		*Tutor legal* ☐	Relación		*Tutor legal* ☐
Idioma principal			Idioma principal		
Dirección			Dirección		
Números de teléfono			Números de teléfono		
Correo electrónico			Correo electrónico		

¿El menor está en custodia del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (Children, Youth, and Families Department, CYFD) o de otra persona para su protección? Sí No

Si la respuesta es "Sí", el trabajador del CYFD debe firmar todos los consentimientos y formularios de autorización.

Contacto/trabajador social del CYFD	*Teléfono*	*Correo electrónico*	*Fax*

Servicios de intervención o educativos: Incluya servicios de intervención temprana (EI), escolares y otros servicios anteriores o actuales, como servicios del lenguaje y el habla (SLP) o terapia ocupacional (OT)

(*Intervención temprana:* ***incluya*** al coordinador de servicios familiares [Family Service Coordinator, FSC] **y** al proveedor principal.)

Nombre del proveedor/agencia	Servicios	Fechas	Información de contacto
			Teléfono *Fax* *Correo electrónico*
			Teléfono *Fax* *Correo electrónico*
			Teléfono *Fax* *Correo electrónico*
			Teléfono *Fax* *Correo electrónico*

Motivo de la derivación

Marque todas las opciones que correspondan.	*Explique.*
☐ **Trastorno del espectro autista (ASD)**	
☐ **Desarrollo**	
☐ Médico	
☐ Comportamiento	
☐ Factores familiares de estrés	
☐ Exposiciones prenatales/traumatismo durante el nacimiento	

Describa el objetivo de esta evaluación (sus metas):

¿Recibió el niño servicios o evaluación de algún programa del Centro para el Desarrollo y las Discapacidades (Center for Development and Disability, CDD) de la UNM anteriormente?

Marque todas las opciones que correspondan.	
☐ Programa de Evaluación de la Primera Infancia (ECEP/Clínica del Desarrollo)	☐ Capacitación en casa para padres de niños con autismo
☐ Clínica de Evaluación del Espectro Autista	☐ Psiquiatría infantil (Dr. King)
☐ Clínica de trastorno del espectro alcohólico fetal o exposiciones prenatales	☐ Clínica de neurodesarrollo
☐ Clínica de evaluación neurocognitiva	☐ Asistencia y Evaluación para la Alimentación de Nuevo México (NM SAFE)

¿El menor tiene algún hermano con diagnóstico de trastorno del espectro autista? Sí ☐ No ☐
Si la respuesta es "Sí": Nombre del hermano: _____
Fecha de nacimiento: _____

Incluya una copia del informe de evaluación de diagnóstico de autismo del hermano.

Hitos del desarrollo

¿Cuándo fue la primera vez que el menor hizo lo siguiente?	*Edad*	*Todavía no*	*No estoy seguro*
Sentarse sin ayuda			
Gatear apoyando las manos y las rodillas			
Caminar sin ayuda			
Decir palabras sueltas			
Combinar dos palabras			
Hablar con oraciones cortas			
Dejar los pañales: ☐ *durante el día* ☐ *durante la noche*			

Diagnósticos previos

Incluya cualquier diagnóstico médico, del desarrollo o conductual relevante: p. ej., trastorno convulsivo, retraso del desarrollo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD), síndromes genéticos, parálisis cerebral, trastorno del lenguaje, trastorno de ansiedad, etc.

Diagnóstico	Fechas	Proveedor (¿quién hizo el diagnóstico?)

Centro para el Desarrollo y Discapacidad
Consentimiento para el tratamiento y la asignación de beneficios

1. Yo, el abajo firmante, por la presente pido y consiento al tratamiento médico del Centro para el Desarrollo y Discapacidad de UNM Medical Group Inc. y sus médicos y personal (incluyendo la administración de medicamentos, pruebas y procedimientos) que se consideren necesarios.

2. Por la presente asigno y solicito que el pago sea directamente proporcionado al Centro para el Desarrollo y Discapacidad y a UNM Medical Group, Inc. de cualquier seguro u otros beneficios para la salud autorizados que de otro modo fueran pagados a mí por haber recibido tratamiento médico, y para que se divulgue cualquier información necesaria a la compañía de seguros por consideración de pago por los servicios prestados.

Firma del paciente o del representante	Fecha
En letra de molde el nombre del paciente o del representante	Parentesco al Paciente

Acerca de mí

UNM | HEALTH SYSTEM

Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a asegurarnos de que cumplamos con sus necesidades y que proporcionemos el mejor y más seguro cuidado médico a **todos** los pacientes. Sus respuestas permanecerán privadas. Esta información es muy confidencial. ¡Gracias!

¿Cuál es su nombre preferido?

¿Cuál es el sexo que aparece en su acta (partida) de nacimiento?

☐ Masculino ☐ Femenino

¿Se considera usted hispano o latino?

☐ Sí ☐ No

☐ No quiero contestar

¿Cuál es su raza? (Elija una)

☐ Indio Americano o nativo de Alaska

☐ Asiático

☐ Negro o afroamericano

☐ Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico

☐ Blanco o anglosajón

¿En qué idioma prefiere <u>hablar</u> sobre su cuidado médico? (Elija uno)

☐ Inglés

☐ Español

☐ Vietnamita

☐ Navajo

☐ Lengua de signos americana

☐ Otro:

Usted tiene derecho a un intérprete gratuito. Si necesita uno le proporcionaremos uno.

¿En qué idioma prefiere usted <u>leer</u> información sobre su cuidado médico? (Elija uno)

☐ Inglés

☐ Español

☐ Vietnamita

☐ Otro:

☐ Necesito ayuda para leer

Si usted es indio americano/ nativo americano, ¿de qué tribu(s) o pueblo(s)?

☐ Pueblo:

☐ Navajo

☐ Apache:

☐ Otro:

¿Cuál es su preferencia espiritual?

☐ Ateo

☐ Budista

☐ Católico

☐ Cristiano o Protestante:

☐ Testigo de Jehová

☐ Judío

☐ Mormón/Santos de los Últimos-Días

☐ Musulmán

☐ Nativo americano:

☐ Sij

☐ Espiritual

☐ Otra:

☐ No tengo una preferencia espiritual

¿Cuál es su estado civil?

☐ Soltero

☐ Casado legalmente

☐ Unión libre del mismo sexo/ unión civil

☐ Pareja que conviven

☐ Pareja que <u>no</u> conviven

☐ Divorciado/separados permanentemente

☐ Viudo/separados por la muerte

☐ Otro:

¿Con qué género se identifica?

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Hombre transgénero (mujer a hombre)

☐ Mujer transgénero (hombre a mujer)

☐ Ni hombre ni mujer exclusivamente

☐ Otro:

☐ No quiero contestar

¿Se considera usted…?

☐ Heterosexual

☐ Lesbiana o gay

☐ Bisexual

☐ Otro:

☐ No sé

☐ No quiero contestar

¡Gracias!
Si usted tiene preguntas, por favor pregúntele a un

patient label

Lo que necesita saber sobre telesalud

What You Need to Know about Telehealth

¿Qué es una visita de telesalud?

Una visita de telesalud se realiza cuando usted va a consultar con su proveedor local. Mientras usted se encuentra allí, la clínica utiliza una computadora para conectarse con los médicos y especialistas de UNM en Albuquerque. Los médicos de UNM podrían estar conectados con un enlace de video y sonido en vivo. O, su proveedor simplemente puede enviar imágenes y otra información a dichos médicos para su revisión posteriormente.

Esto permite que su proveedor trabaje con los médicos en otros lugares para ayudarle a usted. De esta manera usted no tiene que viajar para ir a verlos.

¿Por qué necesito una visita de telesalud?

Su proveedor considera que sería útil trabajar con un especialista de atención médica. La visita de telesalud les permitirá a usted y a su proveedor trabajar con un especialista.

¿Cómo me puedo beneficiar?

- Puede ver a un especialista que puede ayudarnos a comprender mejor su problema.
- Es posible que no necesite ir a Albuquerque.

¿Cómo se protege mi privacidad?

Su privacidad está protegida igual que en una visita en persona.

- Lo que usted y sus médicos digan y vean en las visitas a través de video en vivo se lleva a cabo en un sistema seguro y especial de computación. Esto significa que nadie más puede ver ni escuchar lo que está sucediendo.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para mantener la privacidad de su visita y los resultados. El especialista solamente hablará con su proveedor local a menos que usted acepte lo contrario.
- Las visitas de telesalud no se graban.

¿Cuáles son los posibles riesgos?

- Podría haber problemas con la conexión de la computadora. En ese caso, es posible que el especialista de la UNM no conozca cosas clave. O, es posible que la visita tenga que reprogramarse.
- Tenemos mucho cuidado para mantener la seguridad de las visitas de telesalud. Sin embargo, es posible que nuestra seguridad pueda fallar. Si eso sucede, existe la posibilidad de que su información médica no permanezca privada.

¿Cuáles son mis derechos con las visitas de telesalud?

- Usted puede suspender la visita en cualquier momento. Solo necesita decir que desea suspenderla.
- Algunas veces, se toman imágenes para que el especialista las vea posteriormente. Puede decidir después de la visita que usted no desea que las envíen.
- Si ya no lo desea, puede dejar de tener más visitas de telesalud, aún si su médico considera que serían una buena idea.
- Incluso si no desea más visitas de telesalud, todavía puede ver a su proveedor regular. También puede pedir una visita en persona con el especialista de UNM.
- Usted tiene el derecho de que se le informe sobre cualquier persona que esté en la habitación en la clínica de UNM durante las visitas por video en vivo. También tiene el derecho de ser informado acerca de cualquier persona que necesite entrar a la habitación. Por ejemplo, si existe un problema con la computadora, es posible que un técnico necesite entrar para solucionarlo. Si lo desea, usted puede salirse de la habitación hasta que la persona se haya ido. También puede pedirle a esa que salga si así lo desea.

(Más al dorso)

Lo que necesita saber sobre telesalud
(continuación)

¿Cuáles son mis derechos con las visitas de telesalud?

- Sus proveedores locales le informarán sobre cualquier conversación que tengan con el especialista de UNM.
- Usted tiene el derecho de obtener una copia de sus expedientes médicos. Puede obtener una copia al seguir los pasos usuales en su clínica u hospital.

¿Qué más debo saber?

- UNM o su proveedor local le podrían facturar a usted o a su seguro médico por la visita. Esto dependerá de los acuerdos entre su clínica y UNM. Pregunte en su clínica local qué debe esperar.
- Su proveedor local sigue siendo su médico principal. Si tiene una emergencia o necesita que le examinen de inmediato, deberá llamar a su proveedor local.

Consentimiento del paciente para recibir servicios de telesalud

Patient Consent for Telehealth Services

UNM HEALTH SCIENCES CENTER

Este formulario utiliza adicionalmente al consentimiento para el tratamiento apropiado para el servici

Nombre del paciente **Fecha de nacimiento**

He recibido una copia del folleto "Lo que necesita saber sobre telesalud" y entiendo lo que contiene.

Tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron respondidas.

Al firmar este formulario, indico que entiendo y acepto que:

- el especialista de atención médica de UNM puede discutir mi historial médico con mi proveedor local.
- un proveedor en mi clínica local puede examinarme a medida que el especialista de UNM le guíe. El especialista de UNM también puede hacerme preguntas a través del enlace de video.
- mi información médica y las imágenes de mis problemas médicos podrían ser enviadas al especialista de UNM.

Al firmar a continuación, acepto el uso de telesalud como parte de mi atención médica.

Firma del paciente aquí

Firma del paciente aquí Fecha

Si el paciente no puede firmar, la persona que puede otorgar legalmente el consentimiento por el paciente:

Nombre en letra de molde del firmante autorizado Relación con el paciente

Firma del firmante Fecha

Nombre del testigo en letra de molde Firma del testigo Fecha

Proveedor que remite Ubicación

Proveedor que consulta Ubicación

patient sticker

Nacimiento

CENTER FOR DEVELOPMENT & DISABILITY

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre de paciente: _____ Fecha de Naci.: _____ No. de expediente médico: _____

1. Yo por la presente autorizo a: _____
(Nombre de la parte divulgadora)

_____ _____
(Tel/Fax de la parte divulgadora) (Dirección, ciudad, estado, código postal de la parte divulgadora)

Para divulgar a:

☐ UNM Center for Reproductive Health
1701 Moon NE Suite 200
Albuquerque, NM 87131
505-925-4455

☐ UNM Cardiology Clinic McMahon
4824 McMahon Blvd NW, Suite 109
Albuquerque, NM 87114
505-925-6001

☑ UNM Center for Development and Disability
2300 Menual Blvd NE
Albuquerque, NM 87107
505-272-3000
Please Fax Request to: ~~505-272-0685~~

☐ UNM Dental Services @ Camino de Salud Residency Clinic
1801 Camino de Salud, Suite 1200
Albuquerque, NM 87102
505-925-4031

☐ UNM Dental Services @ Novitski Hall
2320 Tucker NE
Albuquerque, NM 87131
505-272-5326

☐ UNM Dental Services @ Carrie Tingley
1127 University Blvd NE
Albuquerque, NM 87106
505-272-5326

☐ UNM Center for Life
4700 Jefferson Blvd NE, Suite 100
Albuquerque, NM 87109
505-925-7464

☐ UNM Truman Health Services
801 Encino Place NE, Bldg F
Albuquerque, NM 87109
505-272-1312
Please Fax Request to: 505-272-2240

☐ UNM Vein and Cosmetic Center
7007 Wyoming Blvd NE, Suite A-3
Albuquerque, NM 87109
505-272-8346

☐ UNM Dental Services @ Camino de Salud Ambulatory Surgical Center
1801 Camino de Salud, Suite 1100
Albuquerque, NM 87102
505-925-7918

2. Información a divulgarse:

visita/ingreso más reciente
historial y examen físico
evaluación inicial
reportes de consulta
reporte operativo
resumen de dada de alta
notas de progreso
otra (favor de especificar)

pruebas de laboratorio
reportes de radiología
reportes de patología
notas de sala de emergencias
facturación
expedientes escolares

evaluación psicológica
evaluación de fisioterapia
eval. ter. del habla y lenguaje
terapia ocupacional

_____

Cubriendo el/los períodos de cuidado de salud: de (fecha) _____ a (fecha) _____
de (fecha) _____ a (fecha) _____

3. Además, yo autorizo que esta divulgación de información de salud incluya información relacionada a (poner sus iniciales si aplica):
    a. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección del virus de inmunodeficiencia humano (VIH), u otras enfermedades de transmisión sexual _____iniciales
    b. servicios de salud de comportamiento/cuidado psiquiátrico _____iniciales
    c. tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas _____iniciales
    d. resultados de pruebas genéticas e información del paciente relacionada _____iniciales

4. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación al Departamento de Manejo de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada con respecto a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía aseguradora cuando la ley permite a mi asegurador el derecho de disputar una reclamación bajo mi póliza. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento, o condición: _____Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización se vencerá en seis meses de la fecha en la cual fue firmada.

5. Entiendo que una vez que la información se haya divulgado, puede volverse a divulgar por quien la reciba y la información puede no ser protegida por las leyes y reglamentos federales de privacidad.

6. Entiendo que el autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario; que puedo rehusar firmar esta autorización y que no necesito firmar esta autorización para obtener tratamiento de cuidado de salud; y que si autorizo la divulgación de esta información de salud, tengo el derecho de examinar y copiar la información a ser divulgada. Se me proporcionará una copia de esta autorización firmada.

_____

Firma del paciente o representante legal (Relación al paciente) (Fecha)

_____

Firma de testigo (Fecha) (Padre, si es paciente de CPH/PFC&A mayor de 14) (Fecha)

PROHIBICIÓN DE RE-DIVULGACIÓN: Los reglamentos federales (42 CFR Parte 2) y las leyes estatales (NMSA 1978 §§ 43-1-19, 32A-6A-24, 24-2B-7 y 24-1-9.5) prohíben la divulgación adicional de información de tratamiento de salud mental o abuso de alcohol y/o drogas, y los resultados de pruebas para el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual a cualquier persona o agencia sin obtener otra autorización escrita adecuada para ese fin, o según sea permitido por los reglamentos federales o las leyes estatales.

PCP

CENTER FOR DEVELOPMENT & DISABILITY

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre de paciente: _____ Fecha de Naci.:_____No. de expediente médico: _____

1. Yo por la presente autorizo a:_____
(Nombre de la parte divulgadora)

_____ _____
(Tel/Fax de la parte divulgadora) (Dirección, ciudad, estado, código postal de la parte divulgadora)

Para divulgar a:

☐ UNM Center for Reproductive Health
1701 Moon NE Suite 200
Albuquerque, NM 87131
505-925-4455

☐ UNM Cardiology Clinic McMahon
4824 McMahon Blvd NW, Suite 109
Albuquerque, NM 87114
505-925-6001

☑ UNM Center for Development and Disability
2300 Menual Blvd NE
Albuquerque, NM 87107
505-272-3000
Please Fax Request to: ~~505-272-0685~~

☐ UNM Dental Services @ Camino de Salud Residency Clinic
1801 Camino de Salud, Suite 1200
Albuquerque, NM 87102
505-925-4031

☐ UNM Dental Services @ Novitski Hall
2320 Tucker NE
Albuquerque, NM 87131
505-272-5326

☐ UNM Dental Services @ Carrie Tingley
1127 University Blvd NE
Albuquerque, NM 87106
505-272-5326

☐ UNM Center for Life
4700 Jefferson Blvd NE, Suite 100
Albuquerque, NM 87109
505-925-7464

☐ UNM Truman Health Services
801 Encino Place NE, Bldg F
Albuquerque, NM 87109
505-272-1312
Please Fax Request to: 505-272-2240

☐ UNM Vein and Cosmetic Center
7007 Wyoming Blvd NE, Suite A-3
Albuquerque, NM 87109
505-272-8346

☐ UNM Dental Services @ Camino de Salud Ambulatory Surgical Center
1801 Camino de Salud, Suite 1100
Albuquerque, NM 87102
505-925-7918

2. Información a divulgarse:

visita/ingreso más reciente
historial y examen físico
evaluación inicial
reportes de consulta
reporte operativo
resumen de dada de alta
notas de progreso
otra (favor de especificar)

☐ pruebas de laboratorio
☐ reportes de radiología
☐ reportes de patología
☐ notas de sala de emergencias
☐ facturación
☐ expedientes escolares

evaluación psicológica
evaluación de fisioterapia
eval. ter. del habla y lenguaje
terapia ocupacional

_____

Cubriendo el/los períodos de cuidado de salud: de (fecha) _____a (fecha)_____
de (fecha) _____a (fecha)_____

3. Además, yo autorizo que esta divulgación de información de salud incluya información relacionada a (poner sus iniciales si aplica):
    a. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección del virus de inmunodeficiencia humano (VIH), u otras enfermedades de transmisión sexual _____iniciales
    b. servicios de salud de comportamiento/cuidado psiquiátrico _____iniciales
    c. tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas _____iniciales
    d. resultados de pruebas genéticas e información del paciente relacionada _____iniciales

4. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación al Departamento de Manejo de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada con respecto a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía aseguradora cuando la ley permite a mi asegurador el derecho de disputar una reclamación bajo mi póliza. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento, o condición: _____Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización se vencerá en seis meses de la fecha en la cual fue firmada.

5. Entiendo que una vez que la información se haya divulgado, puede volverse a divulgar por quien la reciba y la información puede no ser protegida por las leyes y reglamentos federales de privacidad.

6. Entiendo que el autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario; que puedo rehusar firmar esta autorización y que no necesito firmar esta autorización para obtener tratamiento de cuidado de salud; y que si autorizo la divulgación de esta información de salud, tengo el derecho de examinar y copiar la información a ser divulgada. Se me proporcionará una copia de esta autorización firmada.

_____

Firma del paciente o representante legal (Relación al paciente) (Fecha)

_____

Firma de testigo (Fecha) (Padre, si es paciente de CPH/PFC&A mayor de 14) (Fecha)

PROHIBICIÓN DE RE-DIVULGACIÓN: Los reglamentos federales (42 CFR Parte 2) y las leyes estatales (NMSA 1978 §§ 43-1-19, 32A-6A-24, 24-2B-7 y 24-1-9.5) prohíben la divulgación adicional de información de tratamiento de salud mental o abuso de alcohol y/o drogas, y los resultados de pruebas para el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual a cualquier persona o agencia sin obtener otra autorización escrita adecuada para ese fin, o según sea permitido por los reglamentos federales o las leyes estatales.

CENTER FOR DEVELOPMENT & DISABILITY

Agencia de intervención temprana

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre de paciente: _____ Fecha de Naci.:_____No. de expediente médico: _____

1. Yo por la presente autorizo a:_____
(Nombre de la parte divulgadora)

_____ _____
(Tel/Fax de la parte divulgadora) (Dirección, ciudad, estado, código postal de la parte divulgadora)

Para divulgar a:

☐ UNM Center for Reproductive Health
1701 Moon NE Suite 200
Albuquerque, NM 87131
505-925-4455

☐ UNM Cardiology Clinic McMahon
4824 McMahon Blvd NW, Suite 109
Albuquerque, NM 87114
505-925-6001

☑ UNM Center for Development and Disability
2300 Menual Blvd NE
Albuquerque, NM 87107
505-272-3000
Please Fax Request to: ~~505-272-0685~~

☐ UNM Dental Services @ Camino de Salud Residency Clinic
1801 Camino de Salud, Suite 1200
Albuquerque, NM 87102
505-925-4031

☐ UNM Dental Services @ Novitski Hall 2320 Tucker NE
Albuquerque, NM 87131
505-272-5326

☐ UNM Dental Services @ Carrie Tingley
1127 University Blvd NE
Albuquerque, NM 87106
505-272-5326

☐ UNM Center for Life
4700 Jefferson Blvd NE, Suite 100
Albuquerque, NM 87109
505-925-7464

☐ UNM Truman Health Services
801 Encino Place NE, Bldg F
Albuquerque, NM 87109
505-272-1312
Please Fax Request to: 505-272-2240

☐ UNM Vein and Cosmetic Center
7007 Wyoming Blvd NE, Suite A-3
Albuquerque, NM 87109
505-272-8346

☐ UNM Dental Services @ Camino de Salud Ambulatory Surgical Center
1801 Camino de Salud, Suite 1100
Albuquerque, NM 87102
505-925-7918

2. Información a divulgarse:

☐ visita/ingreso más reciente
☐ historial y examen físico
☐ evaluación inicial
☐ reportes de consulta
☐ reporte operativo
☐ resumen de dada de alta
☐ notas de progreso
☐ otra (favor de especificar)

☐ pruebas de laboratorio
☐ reportes de radiología
☐ reportes de patología
☐ notas de sala de emergencias
☐ facturación
☐ expedientes escolares

☐ evaluación psicológica
☐ evaluación de fisioterapia
☐ eval. ter. del habla y lenguaje
☐ terapia ocupacional

_____

Cubriendo el/los períodos de cuidado de salud: de (fecha) _____a (fecha)_____
de (fecha) _____a (fecha)_____

CENTER FOR DEVELOPMENT & DISABILITY

3. Además, yo autorizo que esta divulgación de información de salud incluya información relacionada a (poner sus iniciales si aplica):
    a. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección del virus de inmunodeficiencia humano (VIH), u otras enfermedades de transmisión sexual _____iniciales
    b. servicios de salud de comportamiento/cuidado psiquiátrico _____iniciales
    c. tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas _____iniciales
    d. resultados de pruebas genéticas e información del paciente relacionada _____iniciales

4. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación al Departamento de Manejo de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada con respecto a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía aseguradora cuando la ley permite a mi asegurador el derecho de disputar una reclamación bajo mi póliza. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento, o condición: _____Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización se vencerá en seis meses de la fecha en la cual fue firmada.

5. Entiendo que una vez que la información se haya divulgado, puede volverse a divulgar por quien la reciba y la información puede no ser protegida por las leyes y reglamentos federales de privacidad.

6. Entiendo que el autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario; que puedo rehusar firmar esta autorización y que no necesito firmar esta autorización para obtener tratamiento de cuidado de salud; y que si autorizo la divulgación de esta información de salud, tengo el derecho de examinar y copiar la información a ser divulgada. Se me proporcionará una copia de esta autorización firmada.

_____

Firma del paciente o representante legal (Relación al paciente) (Fecha)

_____

Firma de testigo (Fecha) (Padre, si es paciente de CPH/PFC&A mayor de 14) (Fecha)

PROHIBICIÓN DE RE-DIVULGACIÓN: Los reglamentos federales (42 CFR Parte 2) y las leyes estatales (NMSA 1978 §§ 43-1-19, 32A-6A-24, 24-2B-7 y 24-1-9.5) prohíben la divulgación adicional de información de tratamiento de salud mental o abuso de alcohol y/o drogas, y los resultados de pruebas para el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual a cualquier persona o agencia sin obtener otra autorización escrita adecuada para ese fin, o según sea permitido por los reglamentos federales o las leyes estatales.

Otro

CENTER FOR DEVELOPMENT & DISABILITY

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre de paciente: _____ Fecha de Naci.:_____No. de expediente médico: _____

1. Yo por la presente autorizo a:_____
(Nombre de la parte divulgadora)

_____ _____
(Tel/Fax de la parte divulgadora) (Dirección, ciudad, estado, código postal de la parte divulgadora)

Para divulgar a:

☐ UNM Center for Reproductive Health
1701 Moon NE Suite 200
Albuquerque, NM 87131
505-925-4455

☐ UNM Cardiology Clinic McMahon
4824 McMahon Blvd NW, Suite 109
Albuquerque, NM 87114
505-925-6001

☑ UNM Center for Development and Disability
2300 Menual Blvd NE
Albuquerque, NM 87107
505-272-3000
Please Fax Request to: ~~505-272-0685~~

☐ UNM Dental Services @ Camino de Salud Residency Clinic
1801 Camino de Salud, Suite 1200
Albuquerque, NM 87102
505-925-4031

☐ UNM Dental Services @ Novitski Hall
2320 Tucker NE
Albuquerque, NM 87131
505-272-5326

☐ UNM Dental Services @ Carrie Tingley
1127 University Blvd NE
Albuquerque, NM 87106
505-272-5326

☐ UNM Center for Life
4700 Jefferson Blvd NE, Suite 100
Albuquerque, NM 87109
505-925-7464

☐ UNM Truman Health Services
801 Encino Place NE, Bldg F
Albuquerque, NM 87109
505-272-1312
Please Fax Request to: 505-272-2240

☐ UNM Vein and Cosmetic Center
7007 Wyoming Blvd NE, Suite A-3
Albuquerque, NM 87109
505-272-8346

☐ UNM Dental Services @ Camino de Salud Ambulatory Surgical Center
1801 Camino de Salud, Suite 1100
Albuquerque, NM 87102
505-925-7918

2. Información a divulgarse:

☐ visita/ingreso más reciente
☐ historial y examen físico
☐ evaluación inicial
☐ reportes de consulta
☐ reporte operativo
☐ resumen de dada de alta
☐ notas de progreso
☐ otra (favor de especificar)

☐ pruebas de laboratorio
☐ reportes de radiología
☐ reportes de patología
☐ notas de sala de emergencias
☐ facturación
☐ expedientes escolares

☐ evaluación psicológica
☐ evaluación de fisioterapia
☐ eval. ter. del habla y lenguaje
☐ terapia ocupacional

_____

Cubriendo el/los períodos de cuidado de salud: de (fecha) _____a (fecha)_____
de (fecha) _____a (fecha)_____

3. Además, yo autorizo que esta divulgación de información de salud incluya información relacionada a (poner sus iniciales si aplica):
    a. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección del virus de inmunodeficiencia humano (VIH), u otras enfermedades de transmisión sexual _____iniciales
    b. servicios de salud de comportamiento/cuidado psiquiátrico _____iniciales
    c. tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas _____iniciales
    d. resultados de pruebas genéticas e información del paciente relacionada _____iniciales

4. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación al Departamento de Manejo de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada con respecto a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía aseguradora cuando la ley permite a mi asegurador el derecho de disputar una reclamación bajo mi póliza. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento, o condición: _____Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización se vencerá en seis meses de la fecha en la cual fue firmada.

5. Entiendo que una vez que la información se haya divulgado, puede volverse a divulgar por quien la reciba y la información puede no ser protegida por las leyes y reglamentos federales de privacidad.

6. Entiendo que el autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario; que puedo rehusar firmar esta autorización y que no necesito firmar esta autorización para obtener tratamiento de cuidado de salud; y que si autorizo la divulgación de esta información de salud, tengo el derecho de examinar y copiar la información a ser divulgada. Se me proporcionará una copia de esta autorización firmada.

_____

Firma del paciente o representante legal (Relación al paciente) (Fecha)

_____

Firma de testigo (Fecha) (Padre, si es paciente de CPH/PFC&A mayor de 14) (Fecha)

PROHIBICIÓN DE RE-DIVULGACIÓN: Los reglamentos federales (42 CFR Parte 2) y las leyes estatales (NMSA 1978 §§ 43-1-19, 32A-6A-24, 24-2B-7 y 24-1-9.5) prohíben la divulgación adicional de información de tratamiento de salud mental o abuso de alcohol y/o drogas, y los resultados de pruebas para el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual a cualquier persona o agencia sin obtener otra autorización escrita adecuada para ese fin, o según sea permitido por los reglamentos federales o las leyes estatales.