

## Autorización para la inscripción y entrega de información medica en la Red de Salud de MCN

Yo, \_\_\_\_\_, he sido informado sobre la Red de Salud de MCN.  
(Por favor escriba el nombre del paciente)

La Red de Salud actualmente ayuda a gente con Tuberculosis, Diabetes, Cáncer de mama, cervical o de colon y Embarazo (Pre-Natal). Entiendo que (i)MCN es una organización sin fines de lucro que coordina mi inscripción en la Red de Salud sin coste para mi; (ii) MCN puede que no sea capaz de obtener proveedores de salud que estén disponibles para cuidar de mi enfermedad sin coste para mi; (iii) los proveedores de salud que se ocuparan de mi tratamiento son independientes y no empleados de MCN; y (iv) MCN no proporciona, y no es responsable de, ningún tratamiento de cuidado de salud, o los resultados de tal tratamiento, en conexión con alguno o todos los proyectos de la Red de Salud.

Estoy de acuerdo en participar en la Red de Salud, y entiendo que tanto mi información personal como de salud solo será publicada para los propósitos de mi tratamiento medico, operaciones en el cuidado de mi salud, para pagar, o según mi autorización. **Estoy de acuerdo en avisar a todos mis futuros proveedores de salud de mi inscripción en la Red de Salud de MCN para ayudar a facilitar la transferencia de mi expediente médico.** Entiendo y consiento a MCN a que guarde mis expedientes médicos sabiendo que estos pueden contener información confidencial sobre mi salud (por ejemplo: resultados de VIH y/o información sobre mi salud mental) si mi proveedor de salud cree que esta información es necesaria para mi tratamiento. Autorizo a MCN y a los futuros proveedores de salud a tener acceso a esos expedientes médicos si mis proveedores de salud consideran que es importante para mi tratamiento medico y /o continuos exámenes.

No autorizo a MCN o a proveedores de salud futuros a tener acceso a mis expedientes médicos sobre los asuntos que aquí se detallan: (adjunte una página adicional si es necesario)

El personal autorizado de MCN puede ponerse en contacto conmigo por teléfono, correo o en persona en referencia a estas condiciones de salud y al seguimiento de mi tratamiento medico. Este personal seguirá los procedimientos federales de confidencialidad, privacidad y seguridad. **Este documento de autorización será valido durante dos años (24 meses) desde el día en que sea firmado** o hasta que mi participación en la Red de Salud haya terminado por otro motivo. En cualquier momento puedo solicitar por escrito, dejar la Red de Salud o limitar los asuntos médicos a los que MCN esta autorizado a tener acceso. También entiendo que tengo el derecho de solicitar por escrito una copia del expediente medico que guarda MCN.

POR MEDIO DE LA PRESENTE, EXONERO A MCN, SUS EMPLEADOS, OFICIALES, DIRECTORES, CONSULTORES, REPRESENTANTES, SUCESORES, Y ASIGNADOS DE Y EN CONTRA DE CUALQUIER Y TODAS RECLAMACIONES, CAUSAS DE ACCIONES, DAÑOS, PÉRDIDAS, GASTOS (INCLUYENDO HONORARIOS DE ABOGADOS), Y RESPONSABILIDADES DE CUALQUIER TIPO EN ABSOLUTO QUE SE PUEDAN PRODUCIR POR LA INSCRIPCION EN LA RED DE SALUD Y EN EL TRATAMIENTO DE MI SALUD COMO RESULTADO DE MI INSCRIPCIÓN EN LA RED DE SALUD.

Nombre

Apellido

Apellido de soltera de la madre/Otro apellido

Fecha de Nacimiento (Mes / Día / Año)

Firma del Participante  
(o Representante Legal del Participante)

Fecha

Nombre y Número de  
Teléfono de la Clínica de  
Inscripción

Relación del representante legal con el participante

Firma del Testigo

Fecha

**LA PÁGINA SIGUIENTE DEBE SER COMPLETADA PARA LA INSCRIPCIÓN EN LA RED DE SALUD**

Por favor contáctenos al teléfono 512-327-2017 ó en <http://www.migrantclinician.org/network/>  
para obtener más información sobre la Red de Salud de MCN.

**ESPAÑOL/SPANISH – ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ES VÁLIDO DURANTE DOS AÑOS DESPUÉS DE LA FECHA EN QUE SE HAYA FIRMADO.**

**LA PÁGINA ANTERIOR DEBE SER COMPLETADA PARA PERMITIR LA TRANSFERENCIA DE LOS EXPEDIENTES MEDICOS**

La siguiente información DEBE ser completada para la inscripción en la Red de Salud pero no será publicada cuando se publiquen expedientes médicos.

Nombre

Apellido

Apellido de soltera de la madre/Otro apellido

Fecha de Nacimiento (Mes / Día / Año)

Pregunta de Seguridad #1:  
¿Cuál es su ciudad de nacimiento?

Pregunta de seguridad #2:  
¿Cuál es el nombre de su padre?

Por favor indique el área, o áreas de salud en las que el participante esta siendo inscrito. Si el estado de salud del participante cambia durante la inscripción en la Red de Salud, se podrían añadir áreas adicionales con el consentimiento verbal del participante.

- Tuberculosis
- Diabetes
- Examen de Cáncer de Mama / Tratamiento
- Examen de Cáncer Cervical / Tratamiento
- Examen de Cáncer de Colon/ Tratamiento
- Cuidado Prenatal
- Otro / Salud General

*Recomendamos que, cuando sea posible, proporcione al participante una copia de ambas hojas de este formulario Autorización para la publicación de Expedientes Médicos y la inscripción en la Red de Salud de MCN una vez que lo haya completado.*

Por favor contáctenos al teléfono 512-327-2017 ó en <http://www.migrantclinician.org/network/>  
para obtener más información sobre la Red de Salud de MCN.

**ESPAÑOL/SPANISH – ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ES VÁLIDO DURANTE DOS AÑOS DESPUÉS DE LA FECHA EN QUE SE HAYA FIRMADO.**