

LA INSCRIPCIÓN EN LA RED DE SALUD DE MCN

Clínica Inscribiendo	Numero de Teléfono de la Clínica
Correo Electrónico	Numero de Fax de la Clínica
Persona a Contactar en esta Clínica	
Pregunta de Seguridad #1:	¿Cuál es el nombre del padre del paciente?
Pregunta de seguridad #2:	¿Cuál es su ciudad de nacimiento del paciente?
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.	<input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Cuidado Prenatal <input type="checkbox"/> Salud General <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes

AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN MEDICA

Nombre	Apellido
Alias, Apodo, Etc	Fecha de Nacimiento (Mes / Día / Año)

La Red de Salud actualmente ayuda a gente con Tuberculosis, Diabetes, Cáncer, VIH y cuidado, 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.

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)

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.

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 INSCRIPCIÓN EN LA RED DE SALUD Y EN EL TRATAMIENTO DE MI SALUD COMO RESULTADO DE MI INSCRIPCIÓN EN LA RED DE SALUD.

***NECESÁRIO**

*FIRMA DEL PARTICIPANTE (o Representante Legal del Participante)	Fecha
Relación del Representante Legal con el Participante	Firma del Testigo

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.

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

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

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE | MCN RED DE SALUD

***NECESÁRIO**

Nombre				Apellido(s)			
Apellido de la madre				Fecha de Nacimiento (Mes / Día / Año)			
Lugar de nacimiento:	Ciudad			Género:	<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male	
	Estado			Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Otro:
	País				<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Raza/Etnia:	<input type="checkbox"/> Blanco – No-Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Negro – No-Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asiático – No-Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Otro:	
Idiomas hablados:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Criollo / Creole	Idioma que más usa:				
	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro:					
Profesión (de los 2 últimos años):	<input type="checkbox"/> Campesino(a)	<input type="checkbox"/> Construcción	<input type="checkbox"/> Retirado(a)	<input type="checkbox"/> Amo(a) de casa	<input type="checkbox"/> Fabrica	<input type="checkbox"/> Desempleado(a)	
	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Niño(a)	<input type="checkbox"/> Otro:				
Domicilio actual:	<input type="checkbox"/> Alojamiento campesino	<input type="checkbox"/> Cárcel	<input type="checkbox"/> Sin hogar	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Detenido en la INS	<input type="checkbox"/> Otro:	

INFORMACIÓN ACTUAL PARA PONERSE EN CONTACTO CON EL PARTICIPANTE:

	Calle / Caja Postal	Ciudad	Estado	Código / País
* DIRECCIÓN DEL HOGAR:				
* DIRECCIÓN DE CORREOS:				
* TELÉFONOS (con código de área) DE LA CASA / CELULAR / DEL TRABAJO:	¿Podemos hablar sobre su salud con las personas que contestan este teléfono? <i>(Si no marca ninguna respuesta y no escribe sus iniciales su respuesta será "no")</i>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	* INICIALES:

INFORMACIÓN ADICIONAL DE CONTACTO DEL PARTICIPANTE (lugar al que se muda normalmente):

	Calle / Caja Postal	Ciudad	Estado	Código / País
* Dirección del Hogar:				
* Dirección de Correos:				
* TELÉFONOS (con código de área) DE LA CASA / CELULAR / DEL TRABAJO:	¿Podemos hablar sobre su salud con las personas que contestan este teléfono? <i>(Si no marca ninguna respuesta y no escribe sus iniciales su respuesta será "no")</i>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	* INICIALES:

Contacto Adicional: Por favor incluya a alguien con teléfono ó dirección permanente a quien podemos buscar en el caso de no encontrarlo en las dos direcciones previas. Al incluir esta información adicional usted le da permiso a MCN de ponerse en contacto con este amigo o familiar y informar a esta persona acerca de su condición de salud para la cual necesita seguir recibiendo asistencia médica, y/o para ayudarle a adquirir la asistencia médica que necesita. Usted no está requerido proveer esta información.

Nombre	Apellido		Relación con el participante:		
Dirección	Ciudad	Estado	Código / País		
* TELÉFONOS (con código de área) DE LA CASA / CELULAR / DEL TRABAJO:	¿Podemos hablar sobre su salud con las personas que contestan este teléfono? <i>(Si no marca ninguna respuesta y no escribe sus iniciales su respuesta será "no")</i>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	* INICIALES:	