



| | |
|----------------|---------------------|
| Cita con _____ | Fecha de Hoy: _____ |
|----------------|---------------------|

Información del Paciente:

| | | | | |
|---------------------------|-------------|---------------|---------------------------|---|
| Apellido | | Nombre | | M |
| Fecha de Nacimiento | Edad | Sexo | Estado Civil | |
| Dirección | | Ciudad/Estado | Código Postal | |
| Teléfono Casa () | Móvil # () | Trabajo # () | Correo Electrónico | |
| Primer nombre de su madre | | | Primer nombre de su padre | |

Información de su trabajo

| | |
|-----------|----------------------------------|
| Profesión | Nombre del empleador y dirección |
|-----------|----------------------------------|

Información del contacto de emergencia:

| | | |
|--------|----------|--------------|
| Nombre | Relación | Teléfono () |
|--------|----------|--------------|

Origen de Referencia (¿De quién/cómo se entero de este médico proveedor?):

| | | |
|--------------------|-----------|--------------|
| Nombre/tipo | Dirección | Teléfono () |
| Doctor de Cabecera | Dirección | Teléfono () |
| Médico (Otro) | Dirección | Teléfono () |

Información de Seguro

| | | | | |
|--|---------------------|----------|--------|------------|
| Relación del Paciente al Garante (circule uno) | PROPIO | ESPOSO/A | HIJO/A | ESTUDIANTE |
| Seguro Primario | Póliza # | | | |
| Nombre de Garante | Fecha de Nacimiento | | | |
| Seguro Secundario | Póliza # | | | |
| Nombre de Garante | Fecha de Nacimiento | | | |

Información de Farmacia

| | | | |
|--------------|----------------|---------------------|--------------|
| Circule uno: | Farmacia Local | Farmacia por Correo | Nombre |
| Dirección | | | Teléfono () |

Responsabilidad Financiera y Divulgación de Información (Para el proveedor/médico indicado en la sección "cita con" de este formulario)

Pacientes con Medicare: Solicito que el pago de beneficios autorizados de seguro de salud se hagan a mí o en mi nombre al proveedor(s) por cualquier servicio proporcionado a mí por este proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a comunicar a la Health Care Financing Administration, y sus agentes, toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios que se pueden pagar por servicios relacionados.

Seguros Comerciales/Otros: Yo verifico la exactitud de la información en este formulario. Yo autorizo el pago directo de beneficios médicos y quirúrgicos al proveedor, por los servicios prestados por él en persona o bajo su supervisión si no he pagado por adelantado. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios. Además, entiendo que todas las facturas/cuentas son mi responsabilidad si no son cubiertos/pagados por mi seguro médico. Yo autorizo a mi proveedor que divulgue mi información médica o incidentales que puedan ser necesarias, ya sea para atención médica o en la tramitación de solicitudes de beneficios financieros.

Para pacientes que no participan en el seguro del proveedor: Yo entiendo que el médico/proveedor no participa con mi seguro médico y por lo tanto yo soy responsable por cualquier balance en esta cuenta/factura.

Para pacientes sin seguro médico: Me comprometo a pagar los servicios médicos en el mismo día de la cita/cirugía.

| | | |
|---|------------------------------------|-------|
| Yo verifico la exactitud de la información en este formulario y autorizo la liberación/divulgación de información como se ha indicado en este formulario. | Firma de Paciente (custodio): X | Fecha |
| Yo entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones de mi responsabilidad financiera como se ha indicado/detallado en este formulario. | Firma de Paciente (custodio): X | Fecha |



50705

Departamento de Servicios perioperatorios
Cuestionario médico preoperatorio - Formulario de evaluación de datos

SI NO HAY PLACA, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE, SEXO Y NO. DE REGISTRO MÉDICO

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE: (Debe completarlo el paciente, tutor o enfermeras/os de admisión)

Nombre: _____

Habla inglés con fluidez: Sí No Idioma que habla: _____ Necesita traductor: Sí No

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre del médico cirujano: _____ Fecha esperada de la cirugía ____/____/____

Médico de cabecera: _____

Teléfono del médico de cabecera (_____) _____

Nombre del médico cardiólogo _____ Teléfono: (_____) _____

Procedimiento esperado: _____

Teléfono particular: (_____) _____ Teléfono de la oficina: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____

Teléfono en donde se le puede localizar antes de la cirugía: _____

Horario preferible para llamar: Tarde Noche Podemos dejar mensajes? Sí No

¿Es alérgico a algo? Sí No ALIMENTOS MEDICAMENTOS LÁTEX OTRO _____

| ALÉRGENO | REACCIÓN |
|----------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

| MENCIONE CIRUGÍAS ANTERIORES | FECHA | COMPLICACIONES (SI APLICA) |
|------------------------------|-------|----------------------------|
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |

¿Qué tipo de anestesia le han administrado?

General Regional Intradural Epidural Local Ninguna No estoy segura

Por favor, mencione cualquier complicación/problema que haya experimentado debido a la anestesia.

Por favor, mencione las hospitalizaciones previas e incluya las visitas a la sala de emergencias

Departamento de Servicios perioperatorios
Cuestionario médico preoperatorio - Formulario de evaluación de datos

SI NO HAY PLACA, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE, SEXO Y NO. DE REGISTRO MÉDICO

Corazón: ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

- 1) Fibrilación auricular o ritmo cardiaco irregular
- 2) Presión arterial alta o prolapso de válvula mitral
- 3) Infarto de miocardio, cardiopatía, angina o dolor de pecho
- 4) Soplos cardiacos, insuficiencia cardiaca o cirugía cardiaca
- 5) Colesterol alto
- 6) Dolor de pecho o dificultad para respirar al subir escaleras
- 7) Cateterismo cardiaco - en caso afirmativo:

Fecha ___/___/___ Lugar _____

- 8) Prueba de esfuerzo cardiaco - en caso afirmativo

Fecha ___/___/___ Lugar _____

¿Usted...

- 9) Toma antibióticos antes de una cirugía o procedimiento dental?

- 10) Tiene un marcapasos o un implante de desfibrilador (AICD)?

En caso afirmativo, ¿quién es el fabricante?: (marque uno)

Medtronic Guidant St. Jude Biotronik Otro

Fecha ___/___/___ Lugar _____

Pida a su cardiólogo que le envíe el cuestionario sobre marcapasos más reciente al cirujano y por favor traiga consigo la tarjeta de información el día de la cirugía

- 11) ¿Tiene 60 años o más?

| PARA EL PACIENTE | | CLINICIAN USE ONLY | |
|------------------|----|-------------------------------|----------------------|
| No | Sí | Test for "Yes" Answers | Anesthesia Consult * |
| | | EKG | * |
| | | EKG | |
| | | CBC, EKG | * |
| | | CBC, EKG | * |
| | | EKG | * |
| | | CBC, EKG | * |
| | | CBC, EKG | |
| | | If yes, contact EP specialist | |
| | | | |
| | | EKG | |

Respiración: ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

- 12) ¿Dificultad para respirar al hacer esfuerzos o tobillos inflamados?
- 13) ¿Necesita más de una almohada o despertar durante la noche porque no puede respirar?
- 14) ¿Tuberculosis (TB)?
- 15) ¿Ha fumado más de 1 cajetilla al día durante 20 años o 2 cajetillas durante 10 años?
- 16) ¿Ha fumado durante el último año?
- 17) ¿Oxígeno en casa para ayudarle a respirar?
- 18) ¿Enfisema grave, asma o bronquitis aguda (EPOC) que limite sus actividades?
- 19) ¿Embolismo o coágulo que se alojara en sus pulmones?.....

| | | | |
|--|--|----------|---|
| | | CBC, EKG | * |
| | | CBC, EKG | |
| | | CXR | |
| | | CBC, CXR | |
| | | CBC, CXR | * |
| | | EKG, CXR | * |

Apnea obstructiva del sueño (OSA, en Inglés):

- 20) ¿Padece de apnea obstructiva del sueño (OSA, por sus siglas en inglés)?
 - 21) ¿Ronca tan fuerte que lo escuchan a través de puertas cerradas?
 - 22) ¿Le han dicho que jadea, se ahoga, aspira con dificultad o deja de respirar mientras duerme?
 - 23) ¿Padece o está en tratamiento debido a hipertensión arterial?
 - 24) ¿Tiene un BiPAP o C-PAP en casa?
- Si es así, indique la configuración: _____

| | | | |
|--|--|---------------|---|
| | | CBC, EKG, CXR | * |
| | | CBC, EKG | |
| | | CBC, EKG | * |
| | | EKG | |
| | | CBC, CXR | * |

* Anesthesia Consult Recommended

CBC = CBC plus platelets, BMP = BUN, CL, CO2, CRE, Gluc, K, NA, AnionGAP, LIV = ALB, ALP, ALT, AST, DBIL, TBIL, TP



50705

Departamento de Servicios perioperatorios
Cuestionario médico preoperatorio - Formulario de evaluación de datos

SI NO HAY PLACA, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE, SEXO Y NO. DE REGISTRO MÉDICO

Trastornos sanguíneos: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?

- 25) ¿Anemia o hemograma bajo?
- 26) ¿Úlceras sangrantes o hemorragia rectal?
- 27) ¿Drepanocitosis or rasgos de ésta?
- 28) Coágulos sanguíneos en las piernas (flebitis) o Trombosis venosa profunda?

¿Usted:

- 29) utiliza warfarina (Coumadin) como adelgazante de sangre?
- 30) sufre moretones fácilmente y/o tiene problemas de hemorragia?

| PARA EL PACIENTE | | CLINICIAN USE ONLY | |
|------------------|----|------------------------|----------------------|
| No | Sí | Test for "Yes" Answers | Anesthesia Consult * |
| | | CBC | |
| | | CBC | |
| | | CBC, CXR | |
| | | PT/INR | * |
| | | CBC, PT/INR/APTT | |

Trastornos endocrinos/renales: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?;

- 31) ¿Diabetes?
- 32) ¿Enfermedad de las suprarrenales o enfermedad/tumor de tiroides?
- 33) ¿Enfermedad o insuficiencia renal, o está recibiendo diálisis?
- 34) ¿Hepatitis aguda, ictericia, cirrosis o insuficiencia hepática?
- 35) ¿Utiliza diuréticos, digoxin (Lanoxin) o esteroides (Prednisone)?

| | | | |
|--|--|--------------------|--|
| | | BMP, EKG | |
| | | BMP | |
| | | BMP, EKG, CBC | |
| | | LIV, PT, INR, APPT | |
| | | BMP, EKG | |

Problemas gastrointestinales: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?

- 36) ¿Dolor abdominal agudo?
- 37) ¿Falta de apetito o pérdida involuntaria de peso durante el último año?
- 38) ¿Reflujo ácido?

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Trastornos neurológicos: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?

- 39) ¿Derrame cerebral o convulsiones?
- 40) ¿Debilidad de brazos o piernas?
- 41) ¿Lesiones de cráneo, cuello o espalda?
- 42) ¿Dolor crónico?
- 43) ¿Dolor punzante o pérdida de sensibilidad en brazos o piernas?
- 44) ¿Enfermedad de tejido conjuntivo, lupus, artritis reumatoide, o enfermedad de Raynaud?

| | | | |
|--|--|---------------|--|
| | | BMP, EKG, CBC | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Obstetricia

- 45) ¿Está embarazada o podría estarlo?
- Último ciclo menstrual _____
- 46) ¿Ha estado embarazada durante los últimos 3 meses?

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | BHCG | |
| | | If yes to (#45 & #46) a blood specimen must be sent < 72 hours of surgery for T & S and T & C | |

Cáncer: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?

- 47) ¿Cáncer y/o quimioterapia?
- 48) ¿Ha recibido radioterapia?
- 49) Disección axilar de los ganglios linfáticos: Sí No
- ¿En qué costado?: _____

| | | | |
|--|--|---------------|--|
| | | CBC | |
| | | CXR, EKG, CBC | |
| | | | |

* Anesthesia Consult Recommended

CBC = CBC plus platelets, BMP = BUN, CL, CO2, CRE, Gluc, K, NA, AnionGAP, LIV = ALB, ALP, ALT, AST, DBIL, TBIL, TP

Departamento de Servicios perioperatorios
Cuestionario médico preoperatorio - Formulario de evaluación de datos

SI NO HAY PLACA, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE, SEXO Y NO. DE REGISTRO MÉDICO

Problemas relacionados con la anestesia: ¿Ha tenido lo siguiente?

- 50) ¿Problemas para colocar un tubo de respiración en su tráquea para una cirugía?
- 51) ¿Cirugía en la garganta, cuerdas vocales o pulmones?
- 52) ¿Alguna reacción negativa, suya o de algún familiar, a la anestesia?
- 53) ¿Antecedentes de hipertermia maligna, ya sea usted o algún familiar?..
- 54) ¿Tiene problemas para abrir la boca o doblar su cuello hacia adelante o atrás?
- 55) ¿Le están realizando cirugía bariátrica (pérdida de peso), vascular o torácica (pecho)?

Verá a **SU** anestesiólogo el día de la cirugía. Además,

- 56) ¿Desea ver a un anestesiólogo antes del día de la cirugía?

| PATIENT ONLY | | CLINICIAN USE ONLY | |
|--------------|-----|------------------------|----------------------|
| No | Yes | Test for "Yes" Answers | Anesthesia Consult * |
| | | | * |
| | | | * |
| | | | * |
| | | | * |
| | | | * |
| | | | * |
| | | | * |

Enfermedades que debe comunicar: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?

- 57) HERPES SIDA VIH
- 58) ¿Contacto durante el último mes con alguien que pudiera padecer Síndrome respiratorio agudo severo (SARS, en inglés)?
- 59) ¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos durante el último mes? Si es así, ¿a dónde?

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ojos: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?

- 60) ¿Ojos reseco?
- 61) ¿Glaucoma o cataratas?

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

Salud conductual

- 62) ¿Ha sufrido ansiedad, depresión o algún trastorno psiquiátrico?

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

Transfusión sanguínea: ¿Tiene o ha tenido lo siguiente?

- 63) ¿Transfusiones sanguíneas durante los últimos 3 meses?
- 64) ¿Reacción o alergia a una transfusión sanguínea?
- 65) ¿Donó sangre para esta cirugía?
- 66) ¿Algún familiar donó sangre?.....

| | | |
|--|--|---|
| | | If yes to (#63) a blood specimen must be sent < 72 hours prior to surgery for T&S and T&C |
| | | |
| | | |
| | | |

* Anesthesia Consult Recommended

CBC = CBC plus platelets, BMP = BUN, CL, CO2, CRE, Gluc, K, NA, AnionGAP,
LIV = ALB, ALP, ALT, AST, DBIL, TBIL, TP

Firma del paciente o tutor _____ Fecha: ____/____/____ Hora: _____ AM/PM

Si lo completó el RN: _____ RN Fecha: ____/____/____ Hora: _____ AM/PM

Firma del enfermero(a)

Please circle the appropriate answer or fill in the blank for the following questions:

- 1) Do you snore? Yes No Don't know If Yes: Nightly? Loudly?
- 2) Has anyone ever told you that you stop breathing, struggle to breathe or gasp in your sleep? Yes No
- 3) Do you ever wake up short of breath or gasping? No Rarely Occasionally Frequently
- 4) Do you have trouble falling asleep more than once a week? Yes No
- 5) How many times do you usually wake up during the night? 0-1 1-2 2-3 3 or more
- 6) How many times do you usually urinate during the night? 0-1 1-2 2-3 3 or more
- 7) What time do you usually get into bed at night (a range is OK)? _____ AM PM (Circle one)
- 8) What time do you usually get out of bed to start your day (a range is OK)?
_____ AM PM (Circle one)
- 9) How many hours of total sleep do you average each night (a range is OK)? _____ Hours
- 10) Are you refreshed (not sleepy or tired) when you first get up for the day? Yes No
- 11) Do you nap on purpose during the day?
Never Rarely (<1/mo) Sometimes (1/week) Frequently (2 or more/wk) Daily

12) **Epworth Sleepiness Scale:** How likely are you to doze off or fall asleep in the following situations, in contrast to just feeling tired? This refers to your usual way of life in recent times. Even if you have not done some of the things recently, try to imagine how they would affect you. Use the following scale to choose the most appropriate number to describe how likely you are to doze off or fall asleep in each situation:

0=Would never doze 1=Slight chance of dozing 2=Moderate chance of dozing 3=High chance of dozing

| SITUATION | CHANCE OF DOZING |
|---|------------------|
| 1. Sitting and reading | 1. _____ |
| 2. Watching TV | 2. _____ |
| 3. Sitting inactive in public (e.g. at a meeting or in a theater) | 3. _____ |
| 4. Lying down to rest in the afternoon | 4. _____ |
| 5. Sitting and talking to someone | 5. _____ |
| 6. Sitting quietly after a lunch without any alcohol | 6. _____ |
| 7. In a car, while stopped for a few minutes in traffic or when you are taking mass transit | 7. _____ |

13) Please write in any other information about your sleep that you think might be important.

Most insurance companies are requesting a diet history before approving surgery. For each of the weight loss methods below that you have tried, indicate to the left the number of times that you have tried that method. Then give the starting and ending dates of your trial with that method as well as the amount of weight that you lost. If you need more room for additional trials of the same method, use the reverse side of this page.

| | Dates | | Amt. WT. Lost |
|---|-------|-------|---------------|
| | From | TO | |
| Weight loss programs: | | | |
| _____ Weight Watchers | _____ | _____ | _____ |
| _____ Weight Loss Camp | _____ | _____ | _____ |
| _____ Jenny Craig | _____ | _____ | _____ |
| _____ LA Weight Loss Center | _____ | _____ | _____ |
| _____ Overeaters Anonymous | _____ | _____ | _____ |
| Comprehensive Wt. Loss Programs: | | | |
| _____ Duke's | _____ | _____ | _____ |
| _____ St. Luke's | _____ | _____ | _____ |
| _____ Structure House | _____ | _____ | _____ |
| _____ Other _____ | _____ | _____ | _____ |
| Diets: | | | |
| _____ Atkins | _____ | _____ | _____ |
| _____ The Zone | _____ | _____ | _____ |
| _____ Carbohydrate Addict's Diet | _____ | _____ | _____ |
| _____ Optifast | _____ | _____ | _____ |
| _____ Medifast | _____ | _____ | _____ |
| _____ Slimfast | _____ | _____ | _____ |
| _____ MD Supervised | _____ | _____ | _____ |
| _____ Nutritionist Supervised | _____ | _____ | _____ |
| _____ Grapefruit Diet | _____ | _____ | _____ |
| _____ Beverly Hills Diet | _____ | _____ | _____ |
| _____ Scarsdale Diet | _____ | _____ | _____ |
| _____ Cabbage Soup Diet | _____ | _____ | _____ |
| _____ Rice Diet | _____ | _____ | _____ |
| _____ South Beach Diet | _____ | _____ | _____ |
| _____ Other diet _____ | _____ | _____ | _____ |
| Medications: | | | |
| _____ Phen/Fen | _____ | _____ | _____ |
| _____ Meridia | _____ | _____ | _____ |
| _____ Redux | _____ | _____ | _____ |
| _____ Ionamin | _____ | _____ | _____ |
| _____ Xenical | _____ | _____ | _____ |
| _____ FastIn | _____ | _____ | _____ |
| _____ Other _____ | _____ | _____ | _____ |
| Weight Loss Aides | | | |
| _____ Dieter's Tea | _____ | _____ | _____ |
| _____ Dexatrim | _____ | _____ | _____ |
| _____ Herbalife | _____ | _____ | _____ |
| _____ Herbalite | _____ | _____ | _____ |
| _____ Xenadrine | _____ | _____ | _____ |
| _____ Tonalln | _____ | _____ | _____ |
| _____ Other _____ | _____ | _____ | _____ |
| Other Weight Loss Methods: | | | |
| _____ Increased Exercise | _____ | _____ | _____ |
| _____ Other _____ | _____ | _____ | _____ |



AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

FECHA: _____

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad del Centro Médico de la Universidad de Columbia.

Nombre del paciente (en
letras de imprenta)

Firma del paciente

Si este formulario fue completado por el representante personal del paciente, por favor escriba el nombre en letras de imprenta y firme a continuación.

Representante personal
escriba su nombre (en letras de
imprenta) y parentesco

Firma del representante personal

For Columbia University Medical Center use only

Complete this section if this form is not signed and dated by the patient or patient personal representative.

I have made a good faith effort to obtain a written acknowledgement of receipt of Columbia University Medical Center's Notice of Privacy Practices but was unable to for the following reason:

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign
- Other _____

Employee Name

Date

Este formulario se debe colocar en el expediente médico del paciente

Revised October 2007

| |
|--|
| CERTIFIED |
| to be a true and correct translation from English to Spanish: M.G. 02/20/08 R |
| THE HISPANIC TRANSLATION CENTER |
| Columbia University Medical Center |



COLUMBIA UNIVERSITY
MEDICAL CENTER

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN LIMITADA DE SALUD con EL PROPÓSITO DE RECAUDAR FONDOS

El Centro Médico de la Universidad de Columbia (CUMC) depende de la generosidad de nuestros pacientes para ayudarnos a permanecer en la vanguardia de la atención al paciente, la investigación y la educación. La ley federal requiere que los proveedores de atención de salud obtengan su autorización por escrito antes de ponerse en contacto con usted para informarle de nuestras iniciativas filantrópicas que apoyan el trabajo de nuestros médicos, y es por ello que solicitamos ahora su permiso para poder hacerlo. Dado que mantener la confidencialidad del paciente y asegurar su derecho a la privacidad sigue siendo nuestra prioridad más importante, le aseguramos de que, sin su permiso, no revelaremos ni su diagnóstico ni su tratamiento.

Le pedimos que dedique un momento para revisar la autorización y firmar al pie de este documento. Si tuviera preguntas, por favor, llame a la Oficina de Desarrollo del CUMC en el número de teléfono (212) 304-7200.

Yo autorizo al CUMC a que use el departamento o programa en el que estoy recibiendo los servicios de atención de salud y/o el nombre de mi médico para ponerse en contacto conmigo en relación a la información relacionada con mis necesidades personales de salud e intereses, incluyendo:

- *Nuevos avances científicos*
- *Programas de cuidado del paciente y mejoras del servicio*
- *Actividades de la comunidad, presentaciones, acontecimientos y foros de salud*
- *Oportunidades para apoyar el Centro Médico de la Universidad de Columbia*

Esta autorización nos permite personalizar nuestra comunicación con usted cuando queramos mantenerle informado sobre actividades e información relevantes sobre la salud en el Centro Médico de la Universidad de Columbia.

Solamente su médico, la Oficina de Desarrollo del CUMC o sus socios usarán esta información para discutir o mandarle a usted información sobre las oportunidades de recaudación de fondos en el CUMC.

El no firmar esta autorización no afectará de ninguna manera su tratamiento, pago o elegibilidad para recibir beneficios.

La información revelada en esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el destinatario y dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.

Esta autorización es válida hasta que el paciente o su representante autorizado la revoquen. Puede revocar esta autorización en cualquier momento o solicitar inspeccionar o recibir una copia de la información protegida de salud que se va a usar o revelar, presentando una petición por escrito a: Office of Development 100 Haven Ave, Suite 29D, N.Y. N.Y. 10032. La revocación será efectiva inmediatamente excepto en la medida en que ya se haya usado basándonos en su autorización.

Esta autorización vencerá en 20 años y usted tiene derecho a una copia de la autorización firmada.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA: _____

FIRMA: _____

DIRECCIÓN: _____

Parentesco si no es el paciente (p.ej. el padre) _____

NOMBRE DEL MÉDICO / DEPARTAMENTO / PROGRAMA _____

CERTIFIED
to be a true and correct translation from
English to Spanish: 10/22/2010
THE SPANISH TRANSLATION CENTER
Columbia University Medical Center

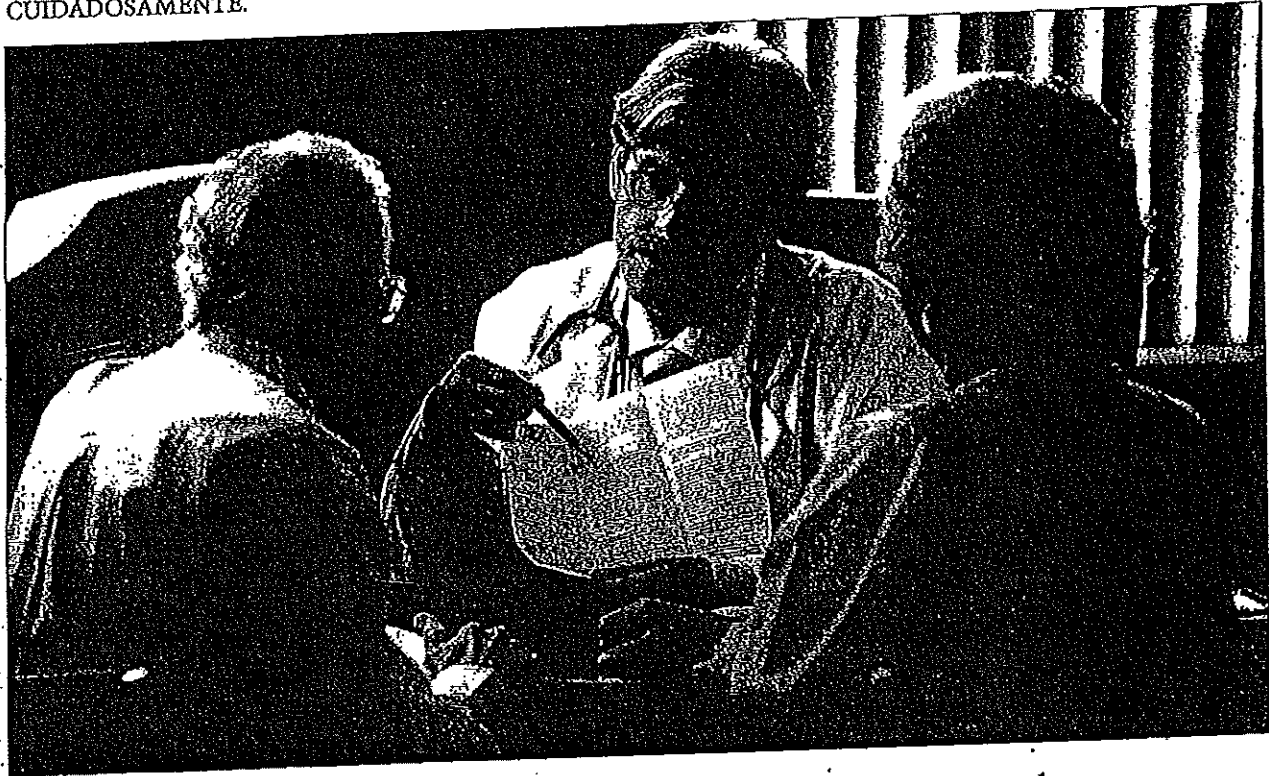
Para el paciente - no tiene que traer para atrás

Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.



COLUMBIA UNIVERSITY
MEDICAL CENTER



Acerca de este aviso

Este Aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y revelar la Información de salud que lo identifica ("Información de Salud"). Describimos también sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto a usar y revelar la Información de Salud. La ley nos exige mantener la privacidad de la Información de Salud que lo identifica; entregarle este Aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su Información de Salud; y seguir las condiciones de nuestro Aviso que se encuentran vigentes actualmente. Este Aviso cubre las prácticas de los médicos de la facultad en el Centro Médico de la Universidad de Columbia ("Columbia University", "Columbia", "nosotros" o "nos"), incluyendo a los médicos empleados en la facultad y a los médicos de la facultad que ejercen en un lugar que pertenece a la Universidad de Columbia o en un lugar arrendado por dicha universidad, así como al personal de apoyo clínico. Este Aviso cubre también a Columbia University Health Care, Inc.; Ophthalmology Faculty Practice Corporation; Orthopedics, P.C.; Neurosurgery, P.C.; y Urology, P.C. (todos de la "Universidad de Columbia"). Si los médicos o profesionales de cuidado de salud de Columbia le brindan tratamiento o servicios en otro lugar, por ejemplo en el Hospital New York Presbyterian, se aplicarán los términos del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad que usted reciba en ese otro lugar.

Cómo podemos usar y revelar la información de salud sobre usted

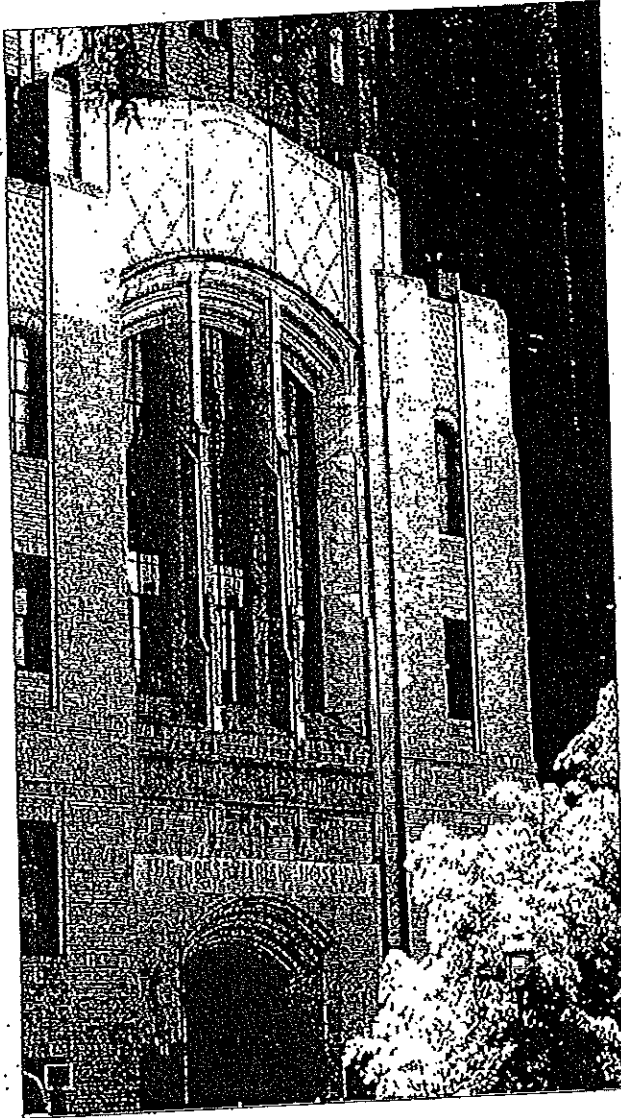
Las categorías siguientes describen varias formas en las que podemos usar y revelar la Información de Salud.

Con fines de tratamiento

Podemos usar la Información de Salud sobre usted para ofrecerle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar Información de Salud a los médicos, las enfermeras, los técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que participe en su cuidado. Por ejemplo, es posible que un médico que lo trate por fractura de la pierna necesite saber si usted tiene diabetes, ya que la diabetes puede demorar el proceso de curación. Los diferentes departamentos de la Universidad de Columbia pueden también compartir Información de Salud tales como recetas, análisis de laboratorio y radiografías para coordinar su tratamiento. Podemos también revelar Información de Salud a personas que se encuentran fuera de la Universidad de Columbia que pueden participar en su cuidado médico.

Con fines de obtener pago

Podemos usar y revelar Información de Salud para facturar el costo del tratamiento y de los servicios que recibe en la Universidad de Columbia y poder cobrarle a usted, a su compañía de seguro u otro tercer pagador. Por ejemplo, puede ser necesario que le demos información sobre su tratamiento a su plan de



salud para que éste pague dicho tratamiento. Podemos también informar a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa o determinar si su plan cubrirá el tratamiento o no. En el caso de que se demore el pago de una factura, puede ser necesario que le demos Información de Salud a una agencia de cobro según sea necesario para ayudar a saldar la factura o se puede dar a conocer una deuda pendiente a las compañías de informe de crédito.

Para el manejo del cuidado de salud
Podemos usar y revelar Información de Salud para fines del manejo del cuidado de salud. Estos usos y revelaciones son necesarios para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciben cuidado de calidad y para fines administrativos y de manejo. Por ejemplo, podemos usar Información de Salud para revisar el tratamiento y los servicios que recibe y controlar el desempeño del personal en el cuidado que se le brinda. Podemos también revelar Información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal para propósitos educativos y de aprendizaje. Las entidades y los individuos que cubre este Aviso pueden también compartir Información unos con otros para propósitos de manejo conjunto del cuidado de salud.

Para recordar las citas/Alternativas de tratamiento/Beneficios y servicios relacionados con la salud.
Podemos usar y revelar Información de Salud para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para tratamiento o cuidado médico, o para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted.

En actividades para recaudar fondos
Podemos usar su información demográfica para comunicarnos con usted en un esfuerzo por recaudar fondos para Columbia. Toda carta que le enviemos para recaudación de fondos le informará cómo hacer para no recibir ninguna carta con este fin en el futuro. No usaremos su diagnóstico para recaudar fondos a no ser que usted nos autorice por escrito.

A los individuos que participan en su cuidado o que tienen que ver con el pago de su cuidado.
Podemos revelar Información de Salud a una persona que participa en su cuidado médico o que ayuda a pagar su cuidado, tal como un miembro de su familia o un amigo. Podemos también comunicarle a su familia dónde usted se encuentra o su estado general o revelar tal Información a una entidad que brinda ayuda para aliviar una situación de desastre.

Para la investigación
Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y revelar Información de Salud para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede consistir en comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquéllos que recibieron otro para el mismo problema. Sin embargo, antes de usar o revelar Información de Salud para la investigación, el proyecto se someterá a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y usa la Información de Salud para sopesar los beneficios de la investigación con la necesidad de mantener la privacidad de la Información de Salud. Aún sin la aprobación especial, podemos permitir a los investigadores observar los informes para ayudarlos a identificar a los pacientes que se pueden incluir en el proyecto de investigación o para propósitos similares, siempre y cuando no retiren ni hagan copia alguna de la Información de Salud.

Cuando lo requiera la ley
Revelaremos información médica sobre usted cuando lo requieran las leyes Internacionales, federales, estatales o locales.

Para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad.
Podemos usar y revelar Información de Salud cuando sea necesario para impedir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad pública o de otra persona. Sin embargo, cualquier revelación será a alguien que pueda ayudar a impedir la amenaza.

A los asociados de negocios
Podemos revelar Información de Salud a nuestros asociados de negocios que realizan funciones en nuestro nombre o nos ofrecen sus servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra compañía para realizar los servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros asociados de negocios están obligados, bajo nuestro contrato, a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar ni revelar ninguna información aparte de lo que se especifica en el contrato.

Para la donación de órganos y tejidos

Si usted es un donante de órgano o tejido, podemos revelar Información de Salud a las organizaciones que manejan la adquisición de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejido o para un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órgano o tejido.

A los militares y veteranos

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar Información de Salud según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos revelar Información de Salud a la autoridad militar extranjera que corresponda si usted es un militar extranjero.

Para compensación al trabajador

Podemos revelar Información de Salud para compensación al trabajador o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios a las personas con lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

En caso de riesgos para la salud pública

Podemos revelar Información de Salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen hacer revelaciones: a una persona sujeta a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en Inglés) para fines relacionados con la calidad, seguridad o eficacia de una actividad o un producto regulado por la FDA; para impedir o controlar una enfermedad, lesión o incapacidad; para informar sobre nacimientos y fallecimientos; para informar acerca de maltrato o negligencia infantil; para informar sobre reacciones a medicamentos o problemas que surjan con respecto a productos; para notificar a las personas sobre productos que se retiren del mercado que ellas pueden estar usando; con respecto a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o un problema de salud; y a la autoridad gubernamental que corresponda si pensamos que un paciente ha sido víctima de maltrato, negligencia o violencia doméstica y el paciente está de acuerdo o la ley nos exige o autoriza a efectuar tal revelación.

Para las actividades de supervisión de salud

Podemos revelar Información de Salud a una agencia de supervisión de salud para realizar actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgar licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de cuidado de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derecho civil.

En caso de demandas y disputas

Si usted está implicado en una demanda o disputa, podemos revelar Información de Salud en respuesta a una orden administrativa o de los tribunales. También podemos revelar Información de Salud en respuesta a una citación, petición de Información y pruebas o a otro proceso legal de otra persona implicada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para comunicarle a usted acerca de la solicitud o para obtener una orden de protección para la información solicitada.

Para hacer cumplir la ley

Podemos revelar Información de Salud si lo solicita un agente del orden por las razones siguientes: en respuesta a una orden de los tribunales, orden de comparecencia, orden judicial, citación o proceso similar; para brindar información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo sustancial o persona desaparecida; para ofrecer información sobre la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona; para dar información sobre una muerte que pensamos pueda ser resultado de conducta criminal; para proporcionar información sobre conducta criminal en nuestro recinto; y en circunstancias de emergencia informar acerca de un crimen, el lugar del crimen o la ubicación de las víctimas, o la identidad, descripción o localización de la persona que cometió el crimen.

Para la Seguridad Nacional, Actividades de Inteligencia y Servicios de Protección.

Podemos revelar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contra-inteligencia y otras relacionadas con la seguridad nacional autorizadas por la ley. Podemos también revelar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para que puedan llevar a cabo investigaciones especiales y ofrecer protección al Presidente, otras personas autorizadas y jefes de estado extranjeros.

A los funcionarios encargados de investigar las causas de muertes violentas, repentinas o sospechosas, médicos forenses y directores de funerarias

Podemos revelar Información de Salud a funcionarios encargados de investigar las causas de muertes violentas, repentinas o sospechosas, médicos forenses, o directores de funerarias para que puedan llevar a cabo sus deberes.

A los presos

Si usted es un preso en un correccional o está bajo la custodia de un agente del orden, podemos dar a conocer Información de Salud a dicho funcionario o al personal del correccional. Esta Información de Salud se daría a conocer si es necesario (1) que la institución le ofrezca cuidado de salud; (2) proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) la seguridad y protección del correccional.

Cómo enterarse acerca de las protecciones especiales para el VIH, consumo de sustancias controladas y alcohol, enfermedad mental e información genética

Se aplican protecciones especiales para mantener la privacidad de la información relacionada con el VIH, el consumo de sustancias controladas y el alcohol, la salud mental y la información genética. Algunas partes de este Aviso general sobre las Prácticas de Privacidad pueden no corresponder a este tipo de información. Si su tratamiento tiene que ver con esta información, usted puede comunicarse con el Agente de Privacidad para saber más sobre las protecciones.

Otros usos de la Información de Salud

Si se llegara a usar o revelar la Información de Salud de alguna forma que no esté cubierta por este Aviso o las leyes que nos atan, esto sólo se hará con su permiso por escrito. Usted puede revocar su permiso en cualquier momento presentando una solicitud escrita al Agente de Privacidad, excepto hasta el punto en que hemos actuado basándonos en su permiso.

Sus derechos en cuanto a la información de salud sobre usted

Usted tiene los siguientes derechos, sujeto a ciertas limitaciones, con respecto a la Información de Salud que mantenemos sobre usted:

Derecho a revisar y copiar

Usted tiene derecho a revisar y copiar la Información de Salud que se puede usar para tomar decisiones sobre su cuidado o el pago de su cuidado. Podemos cobrarle por los gastos de las copias, el envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud.

Derecho a solicitar enmiendas

Si piensa que la Información de Salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corrijamos la información y debe decirnos la razón de su solicitud. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda por el tiempo durante el cual la información sea mantenida por o para Columbia. La solicitud de enmiendas se debe enviar, por escrito, al Agente de Privacidad a la dirección que aparece al final de este aviso.

Derecho a solicitar una relación de las revelaciones. Usted tiene derecho a solicitar una "relación de las revelaciones" sobre la Información de Salud. Ésta es una lista de ciertas revelaciones que hacemos de la Información de Salud. La primera lista que solicite en un período de 12 meses es gratis. Si solicita listas adicionales, podemos cobrarle por el costo de proporcionarle esta lista.

Derecho a limitar las solicitudes

Usted tiene derecho a solicitar que se limite la Información de Salud que usamos o revelamos para el tratamiento, los pagos o el manejo de cuidado de salud. También tiene derecho a solicitar que se limite la Información de Salud que revelamos sobre usted a cualquier persona que participe en su cuidado o en el pago de su cuidado, tal como un miembro de su familia o un amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con la misma a menos que terminemos nuestro acuerdo o la información se necesite para ofrecerle tratamiento de emergencia.



Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre temas médicos en forma específica o en lugares específicos. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos comuniquemos con usted por correo o en el trabajo. Su solicitud debe especificar cómo o dónde usted desea ser localizado. Tendremos en cuenta las solicitudes razonables.

Derecho a solicitar una copia en papel de este Aviso. Usted tiene derecho a solicitar una copia en papel de este Aviso, aún si ha estado de acuerdo en recibirlo por vía electrónica. Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento. Puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web: www.healthsciences.columbia.edu.

Cómo puede hacer uso de sus derechos.

Para hacer uso de los derechos descritos en este Aviso, envíe su solicitud, por escrito, a la dirección del Agente de Privacidad que aparece al final de éste. Otra posibilidad, para hacer uso de sus derechos para revisar y copiar la Información de Salud, es comunicarse directamente con la consulta de su médico. Para obtener la copia en papel del Aviso, comuníquese con el Agente de Privacidad por teléfono o correo.

Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de aplicar el Aviso revisado o modificado a la Información de Salud que ya tenemos así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Haremos una copia del Aviso actual en cada consulta médica o centro para pacientes externos de Columbia y en nuestro sitio web. Al final de este Aviso se colocará la fecha en que entra en vigor el mismo.

Quejas

Si piensa que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentar una queja a Columbia o a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services). Para presentar una queja a Columbia, comuníquese con nuestro Agente de Privacidad a la dirección que aparece al final de este aviso. No será penalizado por presentar una queja.



COLUMBIA UNIVERSITY MEDICAL CENTER

Preguntas

Si tiene una pregunta acerca de este Aviso Sobre la Privacidad, por favor comuníquese con:

Privacy Officer Office for HIPAA Compliance

Columbia University Medical Center

601 West 168th Street, Apartment 22

New York, NY 10032

Teléfono: 212-305-7315

E-mail: hipaa@columbia.edu

Sitio web: www.cumc.columbia.edu/hipaa

Fecha en que entra en vigor: 14 de abril del 2003

Fecha de revisión: 22 de octubre del 2007