

# Estudio de defectos congénitos para evaluar los riesgos en el embarazo o BD-STEPS

Formulario de autorización para la entrega de historias clínicas de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Nombre del paciente:</b><br>Click here to enter text.   |   |  |
| <b>Número(s) de teléfono:</b> Click here to enter text.  |   | <b>Dirección (Calle y número):</b> Click here to enter text. |
| <b>Fecha de nacimiento:</b>  |   |  |
| 1. Autorizo el uso o la divulgación de la información médica de la persona mencionada arriba, como se describe a continuación.                                     |   |  |
| 2. Autorizo a los siguientes individuos u organizaciones para que divulguen dicha información.<br><br>Click here to enter text.                                    |   |  |
| 3. Tipo de proveedor indicado anteriormente ( <i>si corresponde más de una categoría, como prenatal e infertilidad, marque todas las que correspondan</i> ).       |   |  |
| <b><u>Tipos de proveedores (Marque si el nombre de la madre se proporcionó como nombre de la paciente)</u></b>   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidados prenatales  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Especialistas en infertilidad u otro proveedor consultado por motivos relacionados con la infertilidad                                    |   |  |
| <input type="checkbox"/> Dentista o proveedor de cuidado oral  |   |  |
| La información que se identifica a continuación podrá ser utilizada por las siguientes personas/organizaciones o divulgada por ellas:                              |   |  |
| Nombre: Estudio de defectos congénitos para evaluar los riesgos del embarazo o BD-STEPS  |   |  |
| Dirección: INSERT LOCAL ADDRESS of CBDRP   |   |  |
| <b>Marque uno de los dos: 4 ó 5</b>  |   |  |
| 4. <b>Autorizo la entrega/divulgación de la historia clínica ENTERA sin excepción.</b> Si marcó, #4, historia clínica ENTERA, continúe con el #6.                  |   |  |
| 5. <b>Autorizo la entrega/divulgación PARCIAL de la historia clínica. Si marcó #5, PARCIAL, indique las partes y fechas de entrega/divulgación a continuación.</b> |   |  |
| <b>Fechas de servicio que autorizo para entrega/divulgación:</b>   |   |  |
| Click here to enter text. Hasta Click here to enter text.  |   |  |
| <b>Tipos de información para los que autorizo entrega/divulgación (marque todo lo que usted lo autorice)</b>   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta  | <input type="checkbox"/> Informe de patología | <input type="checkbox"/> Notas de progreso                   |

Se estima que la carga horaria promedio para la presentación de información pública que supone esta recolección de información es de 15 minutos, que incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recabar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia podrá realizar o patrocinar, y ninguna persona deberá responder a, una actividad de recolección de información a menos que tenga un número de control OMB actualmente válido. Envíe sus comentarios sobre este estimado de carga horaria o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluso recomendaciones para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0010).

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio<br><input type="checkbox"/> Lista de medicamentos  | <input type="checkbox"/> Informes postquirúrgicos<br><input type="checkbox"/> Información de procedimientos | <input type="checkbox"/> Informes de radiología (ultrasonido) |
| <p>6. La información que estoy permitiendo que sea divulgada solo será utilizada para el Estudio de defectos congénitos para evaluar los riesgos del embarazo (BD-STEPS), un estudio de investigación sobre las causas de los defectos congénitos.</p> <p>7. Entiendo que tengo el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento. Si decido retirar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi solicitud por escrito al departamento de historias clínicas de este lugar. También entiendo que los investigadores conservarán cualquier información que obtengan antes de que yo haya decidido retirar esta autorización.</p> <p>8. Entiendo que, a menos que retire esta autorización, esta vencerá al final del Estudio de defectos congénitos para evaluar los riesgos del embarazo (BD-STEPS).</p> <p>9. Entiendo que debido a que en este estudio se obtiene información confidencial, BD-STEPS recibió un <b>certificado de confidencialidad</b>. Esto significa que cualquier información que me identifique o que identifique a mi hijo se utilizará únicamente para este proyecto. <b>No se puede dar, usar ni divulgar</b> a nadie a menos que yo dé mi consentimiento por escrito.</p> <p>10. Entiendo que esta divulgación de información es voluntaria. Mi decisión de autorizar o no autorizar la divulgación de esta información no afectará mi posibilidad de ser tratada en los lugares mencionados.</p> |   |   |
| Firma del paciente (o su representante legal)   |   | Fecha   |
| Si firma el representante legal, indicar relación con el paciente   |   |   |
| Firma del testigo (para el personal de BD-STEPS)  |   | Fecha   |