

Exámenes recientes

- Sí No Desde la fecha del procedimiento, ¿le han realizado un examen para detectar infección por hepatitis o VIH?

Si contesta "no", ¿por qué? _____

Exámenes de laboratorio y enfermedad de hepatitis C

- Sí No ¿Alguna vez obtuvo un resultado *positivo* en un examen para detectar infección por el virus de la hepatitis C?

Si contesta "sí", ¿en qué fecha obtuvo el primer resultado positivo? _____

- Sí No ¿Alguna vez obtuvo un resultado *negativo* en un examen para detectar infección por el virus de la hepatitis C?

Si contesta "sí", ¿cuándo fue el examen más reciente en el que obtuvo un resultado negativo?

- Sí No ¿Alguna vez un médico le diagnosticó hepatitis C *aguda* o hepatitis aguda que no fuese A ni B?

Si contesta "sí", ¿qué médico realizó el diagnóstico? _____

Exámenes de laboratorio y enfermedad de hepatitis B

- Sí No ¿Alguna vez se vacunó contra el virus de la hepatitis B?

- Sí No ¿Alguna vez obtuvo un resultado *positivo* en un examen para detectar infección por el virus de la hepatitis B?

Si contesta "sí", ¿en qué fecha obtuvo el primer resultado positivo? _____

- Sí No ¿Alguna vez obtuvo un resultado *negativo* en un examen para detectar infección por el virus de la hepatitis B?

Si contesta "sí", ¿cuándo fue el examen más reciente en el que obtuvo un resultado negativo?

- Sí No ¿Alguna vez un médico le diagnosticó hepatitis B *aguda*?

Si contesta "sí", ¿qué médico realizó el diagnóstico? _____

Pruebas para detectar el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

- Sí No ¿Alguna vez obtuvo un resultado *positivo* en un examen para detectar infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)?

Si contesta "sí", ¿en qué fecha obtuvo el primer resultado positivo? _____

- Sí No ¿Alguna vez obtuvo un resultado *negativo* en un examen para detectar infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)?

Si contesta "sí", ¿cuándo fue el examen más reciente en el que obtuvo un resultado negativo?

Factores de riesgo

Si obtuvo resultados positivos en los exámenes para detectar la hepatitis C después de los procedimientos que le realizaron en la clínica, es obligatorio contestar los puntos marcados con un asterisco (*) a fin de determinar la relación de su infección con los procedimientos practicados en la clínica.

Sí No

- ¿Alguna vez debió someterse a diálisis de largo plazo?*
- ¿Le realizaron una transfusión de sangre antes de 1992?*
- ¿Se sometió a un trasplante de órganos antes de 1992?*
- ¿Le administraron concentrados del factor de coagulación antes de 1987?*
- ¿Alguna vez se inyectó medicamentos o drogas que no hubiese recetado un médico, aunque haya sido sólo una vez o unas pocas veces?*
- ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales con una persona a la que se le haya confirmado o que se sospeche que padece la infección por el virus de la hepatitis C?*

Documentación adicional

Son muchas las fuentes de información que el Distrito de Salud del Sur de Nevada tiene a su disposición y que pueden proporcionar documentación sobre las fechas de los procedimientos o los exámenes de laboratorio; sin embargo, dichas fuentes no están completas. Cualquier información adicional que se proporcione puede simplificar el procesamiento de los formularios de inscripción.

Indique cuáles de los siguientes documentos se adjuntan a su formulario de inscripción (no envíe documentos originales, sólo envíe copias):

- Facturas de la clínica (en las que conste la fecha de su procedimiento)
- Formularios firmados mientras se encontraba en la clínica (en los que conste la fecha de su procedimiento)
- Informes entregados por la clínica después del procedimiento (en los que conste la fecha de su procedimiento)
- Instrucciones de alta proporcionadas por la clínica (en las que conste la fecha de su procedimiento)
- Resultados de exámenes de laboratorio (positivos o negativos)
- Documentación escrita del diagnóstico de enfermedad aguda realizado por un médico
- Certificados de vacunación contra la hepatitis B
- Un certificado de defunción que indique la infección de la hepatitis C como causa de muerte
- Algún otro tipo de documentación

Describe _____

Autorizaciones para la divulgación de información

La autorización para la divulgación de su información a terceros es opcional y no afectará su inscripción en el registro. Puede revocar, modificar o agregar las autorizaciones en cualquier momento enviando la notificación escrita de su decisión al Distrito de Salud del Sur de Nevada.

Divulgación de información a otras personas

Autorizo al Distrito de Salud del Sur de Nevada para que revele, a pedido, la información que he proporcionado al registro y cualquier información sobre mí que se haya recopilado durante el proceso de investigación del distrito a la(s) siguiente(s) persona(s).

Nombre de la persona

Relación

Nombre de la persona

Relación

Firma

Fecha

Divulgación de información a organismos encargados del cumplimiento de la ley

Autorizo al Distrito de Salud del Sur de Nevada para que revele, a pedido, la información que he proporcionado al registro y cualquier información sobre mí que se haya recopilado durante el proceso de investigación del distrito a cualquier organismo encargado del cumplimiento de la ley o ente regulador del gobierno que participe en una investigación dentro su competencia y jurisdicción, lo cual incluye acciones penales relacionadas con las prácticas médicas, comerciales o de otro tipo del Centro de Endoscopia del Sur de Nevada, el Centro de Endoscopia Desert Shadow, los centros médicos o quirúrgicos vinculados y los médicos afiliados, empleados u otros terceros.

Firma

Fecha

Confirmación de identidad y certificación de la información

Para quedar inscrito, debe confirmar su identidad, certificar la información proporcionada, firmar el presente formulario e incluir la fecha en él. Marque con una tilde la casilla que corresponda (debe marcar una sola opción):

- Soy la persona que se inscribe y proporciono una copia del documento de identidad emitido por el gobierno que incluye una foto. He analizado la presente solicitud, así como los documentos y declaraciones adjuntas, y certifico que, a mi leal saber y entender, dicha información es fiel y correcta y está completa.
- Soy el esposo o la esposa sobreviviente de la persona fallecida que se inscribe y proporciono una copia del documento de identidad emitido por el gobierno que incluye una foto, así como una copia del certificado de defunción de la persona fallecida que se inscribe. He analizado la presente solicitud, así como los documentos y declaraciones adjuntas, y certifico que, a mi leal saber y entender, dicha información es fiel y correcta y está completa.
- Soy el representante personal autorizado de la persona fallecida que se inscribe y proporciono una copia del documento de identidad emitido por el gobierno que incluye una foto, así como una copia del documento u orden de designación como representante personal y una copia del certificado de defunción de la persona fallecida que se inscribe. He analizado la presente solicitud, así como los documentos y declaraciones adjuntas, y certifico que, a mi leal saber y entender, dicha información es fiel y correcta y está completa.

Firma

Fecha