



Departamento de Salud de Nuevo México
Programa de Marihuana Médica – Autorización para revelar información médica

Yo, D./ Dña. _____, solicitante para la participación en el Programa de Marihuana Médica del Departamento de Salud de Nuevo México, por la presente AUTORIZO A QUE el Director Médico y el Coordinador del Programa de Marihuana Médica revisen mis expedientes médicos. Comprendo que mis expedientes médicos se revisan con el fin de comprobar mi condición médica debilitante de acuerdo a las condiciones para participar en el Programa de Marihuana Médica y según viene estipulado en la Ley Lynn y Erin de Uso Compasivo del 2007.

También comprendo que cualquier información que se obtenga puede incluir información relativa a enfermedades de transmisión sexual, SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o VIH (virus de inmunodeficiencia humana). Asimismo, puede incluir información relativa a servicios de salud mental o de conducta y tratamientos por abuso de sustancias como alcohol o drogas y cualquier otra información que el Departamento de Salud obtenga de otros proveedores.

Esta autorización se aplicará a toda la información relativa a la salud que sea obtenida por el Programa de Marihuana Médica del Departamento de Salud de Nuevo México.

A continuación se indica el tipo y cantidad de información (escriba fechas si corresponde):

- a. Plan de tratamiento de (fecha) __/__/__ a (fecha) __/__/__ o sólo el más reciente __
- b. Historial de vacunación de (fecha) __/__/__ a (fecha) __/__/__ o sólo el más reciente __
- c. Historial clínico de (fecha) __/__/__ a (fecha) __/__/__ o sólo el más reciente __
- d. Examen físico de (fecha) __/__/__ a (fecha) __/__/__ o sólo el más reciente __
- e. Datos del alta médica de (fecha) __/__/__ a (fecha) __/__/__ o sólo la más reciente __
- f. Resultados de pruebas de laboratorio de (fecha) __/__/__ a (fecha) __/__/__ o sólo los más recientes __
- g. Rayos X y otras imágenes de (fecha) __/__/__ a (fecha) __/__/__ o sólo las más recientes __
- h. Reportes de consultas: de (nombres de los médicos) _____
- i. Otros: _____
- j. Instrucciones especiales o limitaciones: _____

Declaración de entendimiento

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que la puedo revocar en cualquier momento. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito a la atención del Coordinador del Programa de Marihuana Médica y dicha revocación puede resultar en que yo no pueda ser certificado como participante del Programa de Marihuana Médica. La revocación, sin embargo, no afectaría a la información que ya se hubiera revisado de conformidad con esta autorización. Entiendo que, a menos que la revoque, esta autorización es válida por un (1) año a no ser que yo hubiera indicado una fecha de vencimiento diferente. Entiendo que autorizar a otros a que revisen información sobre mi salud es algo voluntario y que puedo negarme a firmar esta autorización. Al firmar esta hoja, estoy de acuerdo a que se revele la información de mis expedientes médicos y eximo de toda responsabilidad al Departamento de Salud de Nuevo México con respecto a la divulgación de dicha información. Entiendo que tengo derecho a limitar la información obtenida y tengo derecho a inspeccionar o recibir copias de la información que vaya a obtenerse, de acuerdo a lo estipulado en el Código Federal de Regulaciones 45 CFR 164.524.

A menos que se revoque, este consentimiento para revelar información médica vence un (1) año después de la fecha indicada en la firma.

Firmas:

Participante o representante personal: _____ Fecha: _____

Si firma el representante personal, indique la relación con el participante: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____