



**Departamento de Salud Pública de San Francisco
Servicios de Salud Transgénero**

50 Lech Walesa Street
San Francisco, CA 94102
Teléfono: (415) 355-7513
Fax: (415) 355-7407

transgenderhealthservices@sfdph.org
www.sfdph.org/transgenderhealthservices

Divulgación de información médica

Permiso para obtener historiales clínicos e intercambiar información

Yo, _____ con fecha de nacimiento _____, solicito una cirugía a través de los Servicios de Salud Transgénero. Entiendo que en los Servicios de Salud Transgénero se analizará mi información personal para ayudar a obtener el tratamiento y prepararme para la cirugía. Entiendo que necesito trabajar con mi equipo de atención médica para estabilizar mis condiciones médicas, salud mental o consumo de drogas antes de la cirugía.

Autorizo a los Servicios de Salud Transgénero el acceso a cualquier registro médico, de salud mental y de tratamiento por abuso de sustancias en el Departamento de Salud Pública de San Francisco o de parte de mis proveedores y clínicas externas si es preciso. Esta autorización que otorgo concierne todo mi historial clínico de atención con los proveedores que enumero en este documento. También autorizo a los Servicios de Salud Transgénero a hablar directamente con mis proveedores de salud médica y mental y a compartir con ellos información relacionada con la cirugía. Entiendo que esta autorización se usará específicamente para apoyar mis necesidades de atención de salud y determinar si la cirugía es el siguiente paso apropiado en mi transición de género y establecer el apoyo adicional que pudiera necesitar.

Autorización para obtener información delicada

Al poner mis iniciales junto a cada uno de los puntos siguientes, autorizo que se envíen los registros y se divulgue información que contenga:

- _____ mis registros de salud mental
- _____ mis registros médicos
- _____ información sobre enfermedades transmisibles que pudiera padecer, como VIH/SIDA
- _____ registros genéticos
- _____ registros de tratamiento de uso de drogas o abuso de sustancias

Entiendo que:

- No tengo que dar autorización para compartir esta información. Si no doy mi autorización, entiendo que puede retrasar o interferir con mi solicitud de remisión para cirugía.
- Si deseo revocar la autorización a mi médico para obtener estos registros, necesito hablar con mi médico o alguien del personal y firmar un documento.
- Esta autorización sólo es válida hasta que hayan terminado todos los procedimientos quirúrgicos y cuidados posoperatorios, si procede.
- Si me doy de baja del Programa de Acceso a Cirugías Transgénero, los Servicios de Salud Transgénero pueden continuar intercambiando información con mis proveedores durante un tiempo limitado para saber cómo mejorar mi cuidado en el futuro y mejorar los resultados para otros pacientes que buscan una cirugía.

Al firmar al final de este documento también autorizo al personal de Servicios de Salud Transgénero a que se pongan directamente en contacto conmigo.

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Ponga sus iniciales en una de las siguientes líneas para indicar sus necesidades de privacidad:

_____ El personal de Servicios de Salud Transgénero puede dejar información confidencial en mi correo de voz.

_____ El personal de Servicios de Salud Transgénero NO PUEDE dejar información confidencial en mi correo de voz y en su lugar debe dejar un número telefónico al cual devolver la llamada con el nombre de la persona que marcó.

Solicitar registros de:

(Enumere todas las clínicas de salud médica y mental, y los programas de tratamiento de abuso de sustancias en los que haya recibido atención los últimos 5 años).

1. Clínica: _____

Proveedor(es): _____

Teléfono: _____ Fechas de atención: _____

2. Clínica: _____

Proveedor(es): _____

Teléfono: _____ Fechas de atención: _____

3. Clínica: _____

Proveedor(es): _____

Teléfono: _____ Fechas de atención: _____

4. Clínica: _____

Proveedor(es): _____

Teléfono: _____ Fechas de atención: _____

(Si necesita más espacio para enumerar más clínicas, adjúntelas en una página por separado).

Tipos de información que solicitamos

Cualquier y todo tipo de registros, incluidos:

Notas de consultas médicas

Notas de la sala de urgencias

Notas de atención de urgencia

Historial médico y físico

Notas de progreso hospitalario

Notas de operación o procedimiento

Notas clínicas

Reportes de patología

Prescripciones médicas

Notas de las enfermeras

Resumen de alta

Registros de laboratorio

Reportes de radiología

Consultas

Otros _____

Envíe los registros a:

Atención: Transgender Health Services

Al número de fax: (415) 355-7407

O escriba a: Transgender Health Services

50 Lech Walesa Street

San Francisco, CA 94102

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del representante autorizado _____ Fecha _____

Relación del representante autorizado _____