

FORMULARIO DE REVELACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Consentimiento del paciente de diálisis para revelar información sobre su estado de salud a otros pacientes

Debido a las normas de privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), los miembros del equipo de diálisis no pueden hablar del estado de salud de un paciente con los demás pacientes. Esto incluye comentar si un paciente recibe tratamiento en otro centro médico o si un paciente fallece. Completar este formulario le permite a usted, el paciente, decidir a quiénes puede informar su equipo de atención de diálisis si su estado de salud cambia.

Yo, _____ completo este formulario para otorgar mi consentimiento acerca
(nombre del paciente en letra de imprenta)

del tipo de información médica que el personal de diálisis de _____
(nombre de la clínica de diálisis en letra de imprenta)

podrá compartir con otros pacientes, si algo me ocurriera.

Mi equipo de atención de diálisis puede compartir mi estado de salud según se indica a continuación:

1. Si mi estado de salud cambia debido a cualquiera de los siguientes eventos, quisiera que el equipo de atención de diálisis compartiera la información (seleccione una respuesta para cada opción):

Hospitalización	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
Admisión en una casa de convalecencia/centro de rehabilitación	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
Trasplante	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
Cambio a tratamiento en el hogar	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
Fallecimiento	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO

2. Autorizo a mi equipo de atención de diálisis a compartir la información anterior sobre mi estado de salud con la(s) siguiente(s) persona(s):

Solo con el (los) siguiente(s) paciente(s): _____

Pacientes del mismo turno de diálisis	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
Toda mi clínica de diálisis	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Nombre del testigo miembro del personal de la clínica
(en letra de imprenta)

Firma del paciente o el tutor

Fecha

Firma del testigo miembro del
personal de la clínica

Fecha

Este acuerdo finalizará un año después de la fecha de la firma, a menos que se revoque antes o se especifique de otra manera.

Pacientes: Le invitamos a compartir una copia de este formulario completado con los miembros de su familia.

Miembros del equipo de diálisis: Haga una copia de este documento para el paciente y coloque el original en la historia clínica del paciente como referencia. Este documento debe renovarse cada año.



INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL FORMULARIO DE REVELACIÓN DEL ESTADO DE SALUD



ANTECEDENTES

El Formulario de revelación del estado de salud fue creado originalmente y puesto a prueba satisfactoriamente por Heartland Kidney de la Red 12, y luego fue adoptado para su uso por Quality Insights Renal de la Red 4. Los pacientes expertos en el tema (SME, por sus siglas en inglés) del Centro de Coordinación Nacional de la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) identificaron la tristeza, la pérdida y el abandono como características importantes en el cuidado de los trastornos renales y reconocieron en este formulario un recurso para respaldar a pacientes, familiares y miembros del equipo de atención en la asistencia durante el proceso de superación.



QUÉ DICEN LOS PACIENTES

Al hablar sobre la muerte en la clínica de diálisis:

- *Somos como una familia.*
- *Es muy fuerte enterarnos de la muerte de una persona más de un mes después de su fallecimiento.*
- *Necesitamos poder tener la oportunidad de procesar el duelo por la pérdida de esa persona amiga.*

Al hablar sobre el valor del Formulario de revelación del estado de salud:

- *El formulario puede ayudar a los pacientes a enfrentar la enfermedad o la muerte de algún amigo de su centro de diálisis.*
- *Si dejo el centro durante un tiempo —por ejemplo, para hacerme un trasplante— quiero que mis amigos sepan por qué me fui.*



PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE EL USO DEL FORMULARIO

¿Con qué frecuencia se debe utilizar el formulario?

Como mínimo, se sugiere que el paciente revise y actualice el formulario por lo menos una vez al año.

¿Cómo puede incluirse en el flujo de trabajo?

Los miembros del equipo del centro deben colaborar y analizar las prácticas de implementación. A continuación se incluyen algunas sugerencias:

- Considere incluir este formulario como parte de la actualización del plan anual de atención del paciente.
- Los representantes de los pacientes del centro podrían estar interesados en colaborar con los miembros del personal para implementar este documento.

¿Cuándo deberían recibir este formulario los nuevos pacientes?

Los pacientes SME recomiendan ofrecer y analizar el formulario entre 60 y 90 días

después de comenzar en el centro, ya que un paciente nuevo inicialmente no tendrá una relación con los pacientes en el centro.

¿Cómo sabemos si esto cumple con las normas de cumplimiento corporativo del centro?

Comparta el formulario con el administrador del centro para garantizar que cumpla los requisitos corporativos.

¿Existen puntos de conversación sugeridos sobre este formulario?

Sí, este formulario fue revisado y modificado por los pacientes. El objetivo del formulario es permitir que aquellas personas de las que el paciente pueda hacerse amigo en el centro de diálisis se enteren de un cambio en el estado de salud, que es el motivo por el cual él o ella no está viniendo al centro para su diálisis. El paciente puede modificar el formulario en cualquier momento. También se le recomienda al paciente llevarse una copia a su hogar y compartirla con los miembros de su familia.

