

**CUIDADOS AGUDOS A REHABILITACIÓN HOSPITALARIA/CCC FORMULARIO DE DERIVACIÓN
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM
(SPANISH)**

**SECCIÓN 6: CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL /
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION**

Debe ser completado para todas las derivaciones (por el Asistente Social/Planificador de Altas/Administrador de Casos) /
To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case manager):

Acepto que _____ pueda revelar mi información de salud personal a los fines de una derivación.
(Nombre del establecimiento que divulgará la información)
(Name of facility disclosing information)

Organizaciones destinatarias de la derivación / Organizations referred to:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Baycrest
Baycrest | <input type="checkbox"/> Hospital Markham Stouffville
Markham Stouffville Hospital | <input type="checkbox"/> Hospital General Toronto East
Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> Centro de Salud William Osler
William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> Salud Bridgepoint
Bridgepoint Health | <input type="checkbox"/> Atención Médica Providence
Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Toronto Grace
Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> Hospital Central York
York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> Hospital Credit Valley
Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> Sistema de Salud Rouge Valley
Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> Rehabilitación Toronto
Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> Otro (especifique)
Other (specify) _____ |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Atención Médica
Halton
Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Regional Southlake
Southlake Regional Health Centre | <input type="checkbox"/> Centro de Salud Trillium
Trillium Health Centre | |
| <input type="checkbox"/> Salud Lakeridge
Lakeridge Health | <input type="checkbox"/> Hospital de Rehabilitación St. John
St. John's Rehab Hospital | <input type="checkbox"/> Centro de Atención Médica West Park
West Park Healthcare Centre | |

Únicamente para derivaciones por Daño Cerebral Adquirido (ABI) / For Acquired Brain Injury (ABI) referrals only:

Toronto ABI Network (la Red de Toronto para el Daño Cerebral Adquirido) podrá usar resúmenes de su información de derivación para detectar tendencias que muestren el modo en que los pacientes utilizan los servicios de salud. Esto puede ayudar a responder preguntas de investigación sobre el tipo de rehabilitación que solicitan los pacientes y el ciclo de tratamiento. Su información sería recopilada del sistema y luego, combinada con la información de otros pacientes. Su nombre e información de salud personal no se usarían en ningún informe público. Una junta de Ética de la Investigación debe aprobar todos los proyectos de investigación antes de que pueda utilizarse su información. Si no desea que se use su información de salud personal, esta decisión no afectará de modo alguno la atención médica que recibirá.

- Sí / Yes**, permito que se use mi información de salud personal para mejorar el sistema y con fines de investigación. Mi nombre e información de salud personal no se usarían en ningún informe público.
- No / No**, no permito que se use mi información de salud personal para mejorar el sistema y con fines de investigación.

Únicamente para derivaciones electrónicas / For e-Referrals only:

El equipo que le brinda atención utiliza un sistema de derivaciones electrónicas para compartir su información de salud con sus proveedores de atención. El sistema está configurado de modo tal que sólo su equipo de atención de la salud pueda ver su información. El uso de un sistema de derivaciones electrónicas agiliza el proceso de derivación. Además, ayuda a mejorar la calidad de la atención que reciben los pacientes, ya que brinda información sobre cualquier demora. La información sobre usted incluida en el sistema puede ser utilizada por investigadores y para realizar mejoras en la planificación del sistema de salud. Su información sería recopilada del sistema y luego, combinada con la información de otros pacientes. Su nombre e información de salud personal no se usarían en ningún informe público. Una junta de Ética de la Investigación debe aprobar todos los proyectos de investigación antes de que pueda utilizarse su información. Si no desea que se use su información de salud personal, esta decisión no afectará de modo alguno la atención médica que recibirá..

- Sí / Yes**, permito que se use mi información de salud personal para mejorar el sistema y con fines de investigación. Mi nombre e información de salud personal no se usarían en ningún informe público.
- No / No**, no permito que se use mi información de salud personal para mejorar el sistema y con fines de investigación.

Nombre del paciente, en letra de imprenta / **Print Name of Patient:** _____

Firma del paciente/sustituto / **Signature of Patient/Substitute:** _____

Nombre del sustituto (en letra de imprenta) / **Name of Substitute (Print name):** _____

Relación con el paciente, si firma un sustituto / **Relationship to patient, if signed by Substitute:** _____

- Sí, se utilizó un intérprete para obtener el consentimiento. / **Yes, an interpreter was used when consent was obtained.**
- No fue necesario utilizar un intérprete. / **No interpreter was required.**

Fecha (AAAA/MM/DD) / **Date (YYYY/MM/DD):** _____