PROGRAMA DE DONACIÓN ANATÓMICA

FACULTAD DE MEDICINA OSTEOPÁTICA
DE LA UNIVERSIDAD DE NUEVA
INGLATERRA, 716 AVENIDA STEVENS
PORTLAND, MAINE 04103
(207) 602-2202

INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN

PROPÓSITO DEL PROGRAMA DE DONACIÓN

El Programa de Donación Anatómica de la Facultad de Medicina Osteopática de la Universidad de Nueva Inglaterra (UNECOM) proporciona material anatómico que es esencial para la adquisición de nuevos conocimientos médicos. La mayoría de los donantes se utilizan para la enseñanza de anatomía a estudiantes de medicina, médicos residentes y estudiantes de otras profesiones de la salud como terapia física, terapia ocupacional, asistentes médicos, entrenamiento atlético y anestesia de enfermería. Otros donantes se utilizan para la investigación biomédica y la formación avanzada de médicos y cirujanos. Además de proporcionar material anatómico a los programas educativos de la Universidad de Nueva Inglaterra, el Programa de Donación Anatómica también suministra material a otras universidades y colegios del área de Nueva Inglaterra que cuentan con programas de medicina y ciencias de la salud, incluyendo la Universidad de Northeastern, la Universidad de Boston y el Colegio Husson.

RESPETO Y GRATITUD

La familia puede encontrar consuelo al saber que el respeto y la dignidad hacia quienes han donado se mantienen en todo momento. La generosa contribución que han hecho los participantes en el Programa de Donación Anatómica es plenamente reconocida y apreciada. Las instalaciones de anatomía son áreas restringidas y solo los estudiantes de medicina, estudiantes de profesiones de la salud, médicos, profesores y personal autorizado pueden acceder a los laboratorios. La confidencialidad y el anonimato de los donantes son una alta prioridad y se mantienen en todo momento.

COMO COMPLETAR LOS FORMULARIOS

Se incluyen copias de los siguientes 6 formularios

- Formulario de Donación Anatómica (hacer 4 copias)
- Formulario de Información Suplementaria
- Formulario de Uso Especial
- Formulario de Disposición
- Formulario de Autorización para la Entrega de Expedientes Médicos
- Formulario de Autorización para Divulgar Información de Atención Médica

El Formulario de Donación Anatómica requiere que obtenga tres (3) firmas adicionales: las firmas de dos (2) testigos y la firma de su pariente más cercano o albacea. Los testigos pueden ser familiares o amigos que tengan al menos 18 años de edad. Una vez que haya completado todos los formularios con las firmas necesarias, por favor envíe la **UNA COPIA** del **Formulario de Donación Anatómica,** el **Formulario de Información Suplementaria**, el **Formulario de Uso Especial**, el **Formulario de Disposición, el Formulario de Autorización para Divulgar Información de Atención Médica,** y el **Formulario de Autorización para la Entrega de Expedientes Médicos** a la dirección que aparece en la parte superior de esta página.

Es su responsabilidad entregar las otras 3 copias del Formulario de Donación Anatómica a las siguientes personas UNA COPIA es para que usted, el donante, la conserve como registro, UNA COPIA es para el testigo y/o el albacea y UNA COPIA es para su médico.

Una vez recibidos los formularios completados, su solicitud será revisada. Si cumple con los criterios del Programa, será aceptado en el Programa y recibirá una Tarjeta de Donante para la Cartera. **NINGUNA PERSONA se considera aceptada en el Programa de Donación Anatómica HASTA que haya recibido la tarjeta de donante para la cartera de nuestra parte.** La tarjeta de la cartera lo identifica como participante del Programa y contiene números telefónicos relevantes. Es muy importante que

informe a su familia, amigos cercanos, líder religioso, médico y abogado sobre su deseo de donar al programa. Asegúrese de que estén familiarizados con el programa y la información contenida en esta hoja de instrucciones, en particular la información de las secciones **Cuando Ocurre la Muerte** y **Formulario de Disposición**.

Al ingresar a un hospital, solicite que se adjunte una copia de su Formulario de Donación Anatómica o una copia de su Tarjeta de Donante para la Cartera a su expediente médico. Si tiene alguna pregunta sobre los formularios incluidos o sobre el Programa de Donación Anatómica, no dude en llamar al Programa de Donación Anatómica de la Universidad de Nueva Inglaterra al (207-602-2202).

Su formulario de donante permanecerá archivado hasta su fallecimiento. NO ES NECESARIO renovar su tarjeta. Por favor, notifique cualquier cambio de dirección a nuestra oficina. Si desea cancelar la donación en el futuro, por favor contáctenos por escrito y eliminaremos su expediente de nuestros registros. NO aceptaremos solicitudes de cancelación por teléfono.

EXCLUSIONES

Según los términos de la Ley Uniforme de Donación Anatómica de 1969, el Programa de Donación Anatómica de la Universidad de Nueva Inglaterra tiene el derecho de aceptar o rechazar un cuerpo, dependiendo de su idoneidad para los fines previstos. Algunos ejemplos de rechazo del cuerpo incluyen, pero no se limitan a:

Cuerpos que hayan sido sometidos a una autopsia o mutilados.
Descomposición de cuerpos antes del embalsamamiento o cuerpos previamente embalsamados.
Cuerpos a los que se les hayan extraído órganos o partes para donación (excepto donación de ojos).
Cuerpos que presenten la falta de extremidades y/o de órganos principales (brazo, pulmón, bazo, etc.).
Entrega de los restos 48 horas o más después del fallecimiento.
Enfermedades contagiosas, incluyendo pero no limitándose a:
Hepatitis, herpes, tuberculosis, Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA), sífilis (RPR positivo) aureus (MRSA), síndromes de inmunodeficiencia como el VIH, demencias como la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, obesidad, emaciación, contracturas corporales o cuerpos considerados con exceso de peso
Cuerpos en condiciones no aceptables para fines de estudio anatómico
Disputa de la donación por parte de miembros de la familia

Además, debido al aumento en la matrícula, debemos reservarnos el derecho de rechazar la donación del cuerpo si nuestra instalación se encuentra llena. No hay manera de predecir una situación así, y le mencionamos esto ahora para que usted y su familia puedan hacer planes alternativos en caso de que sea necesario.

FORMULARIO DE DISPOSICIÓN

Normalmente, nuestros estudios toman de uno a cuatro años. Una vez que se completan nuestros estudios, todos los cuerpos son cremados individualmente **SIN EXCEPCIÓN.** Los restos cremados serán devueltos a la familia o enterrados en el Cementerio de la Universidad, de acuerdo con la elección del donante al momento de su inscripción. Por favor, asegúrese de completar los **Formularios de Uso Especial** y **de Disposición** incluidos en este paquete.

No hay ningún cargo por la cremación ni por el entierro de los restos cremados en el Cementerio de la Universidad. Sin embargo, si en una fecha posterior la familia desea que se devuelvan los restos cremados que fueron enterrados, la familia será responsable de todos los costos asociados con la exhumación.

No hay ningún cargo por la cremación ni por la devolución de los restos cremados a la familia. Sin embargo, las familias son responsables de todos los costos relacionados con el entierro o la dispersión de las cenizas. Los restos se devuelven en un contenedor proporcionado por el crematorio. Las urnas **NO** son proporcionadas. Antes del envío por correo de los restos cremados, el pariente más cercano designado o el albacea será notificado mediante una carta del Programa de Donación Anatómica indicando que los restos están listos para ser enviados. Todos los restos cremados serán enviados al pariente más cercano designado, al albacea o a la funeraria especificada por correo certificado a través del Servicio Postal de los

Estados Unidos. Por favor, asegúrese de especificar si los restos deben ser devueltos directamente al miembro de la familia/albacea o a una funeraria local en el **Formulario de Disposición.** Los restos cremados **NO** pueden ser recogidos en la Universidad de Nueva Inglaterra.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE EXPEDIENTES MÉDICOS
Con fines educativos, es beneficioso para los estudiantes y el profesorado tener un conocimiento detallado del historial médico del donante. Esta información brindará a los estudiantes una mejor comprensión de la anatomía del donante y de cualquier cirugía a la que haya sido sometido. El **Formulario de Autorización Médica** permite al Programa de Donación Anatómica obtener copias de sus expedientes médicos e imágenes (por ejemplo, radiografías, resonancias magnéticas) después de su fallecimiento. Tenga la seguridad de que toda la información médica recibida permanecerá confidencial y solo se utilizará con fines educativos, de investigación y científicos. Por favor, tenga en cuenta que nuestras actividades educativas y de investigación no incluyen la realización de una autopsia ni la determinación de la causa de muerte. Ningún informe de ese tipo es generado por nuestras actividades educativas o de investigación.

CUANDO OCURRE LA MUERTE
En el momento del fallecimiento, la familia debe notificar de inmediato al médico del donante y a Hope Memorial Chapel, que colabora con el Programa de Donación Anatómica, para coordinar la recolección y el traslado inmediato del donante **no embalsamado**. El número telefónico de atención 24 horas de Hope Memorial Chapel es **207-282-6300**.

CÓMO OBTENER UN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
Las copias certificadas del Certificado de Defunción pueden obtenerse en la oficina del registro civil del pueblo o ciudad donde ocurrió el fallecimiento. Los certificados normalmente no están disponibles hasta cinco a ocho días hábiles después de la fecha de fallecimiento. El Programa de Donación Anatómica no proporciona certificados de defunción.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA RESIDENTES FUERA DE MAINE
Muchos donantes registrados viajan periódicamente a otras partes de los Estados Unidos para visitar a familiares y amigos, o viven parte del año en otro lugar. Si ese es su caso, le recomendamos encarecidamente que se inscriba en un programa de donación corporal en el área a la que viaja para contar con cobertura mientras se encuentra fuera. SI EL FALLECIMIENTO OCURRE FUERA DEL ESTADO DE MAINE, el personal médico o su familia deben comunicarse con la escuela de medicina o la Junta de Anatomía más cercana para realizar la donación en ese estado. No haremos arreglos para que su cuerpo sea trasladado de regreso a Maine. Si cambia su residencia fuera del Estado de Maine, por favor notifique al Programa de Donación Anatómica **inmediatamente** por escrito para que podamos retirarlo de nuestro programa y ayudarle con su inscripción en un programa en su nuevo estado de residencia. Para obtener ayuda para encontrar un programa local de donación corporal fuera del estado de Maine, por favor comuníquese con el Programa de Donación Anatómica de la Universidad de Nueva Inglaterra al (207-602-2202) o con el Living Bank en Houston, Texas al 800-528-2971.

SERVICIO CONMEMORATIVO
Cada otoño, el Programa de Donación Anatómica realiza un servicio conmemorativo no confesional para aquellos donantes que han sido cremados durante ese año. El pariente más cercano del donante será notificado el año en que se haya completado el estudio de su ser querido y se les informará sobre la programación del próximo servicio conmemorativo.

POR FAVOR CONSERVE ESTA HOJA INFORMATIVA PARA REFERENCIA FUTURA

No dude en comunicarse con el Programa de Donación Anatómica de la Universidad de Nueva Inglaterra si tiene alguna pregunta
207-602-2202

PROGRAMA DE DONACIÓN ANATÓMICA.

FACULTAD DE MEDICINA OSTEOPÁTICA DE
LA UNIVERSIDAD DE NUEVA INGLATERRA

Estando en pleno uso de mis facultades mentales y siendo mayor de edad (al menos 18 años de conformidad con el artículo 22 M.R.S.A. §2902), y con el deseo de contribuir al avance de la formación médica y la investigación, por el presente lego mi cuerpo al Programa de Donación Anatómica de la Facultad de Medicina Osteopática de la Universidad de Nueva Inglaterra, si es aceptado al momento de mi fallecimiento, con el propósito de ser utilizado en la educación e investigación médica.

Si este formulario de donante o una copia del mismo se encuentra en mi persona o entre mis pertenencias al momento de mi fallecimiento, autorizo y solicito a cualquier persona que me atienda o esté presente en ese momento que pida al médico tratante o al médico que certifique mi muerte que notifique a Hope Memorial Chapel, Biddeford, Maine (207-282-6300), para el traslado de mi cuerpo **no embalsamado** al Programa de Donación Anatómica de la Universidad de Nueva Inglaterra. **No debe realizarse ninguna autopsia, a menos que sea requerida por la ley. Si mi cuerpo no es embalsamado ni sometido a una autopsia y es aceptable para los fines previstos,** entiendo que el Programa de Donación Anatómica asumirá todos los costos de transporte desde el lugar del fallecimiento hasta la Universidad de Nueva Inglaterra. Entiendo que al participar en este programa, doy mi consentimiento para el estudio médico de mi cuerpo, el cual puede incluir la captura de fotografías y/o videos anonimizados por parte del profesorado.

Instruyo a mi pariente más cercano, albacea o a la entidad legalmente autorizada a disponer de mi cuerpo tras mi fallecimiento, a cooperar con el Programa de Donación Anatómica de la Universidad de Nueva Inglaterra para cumplir con mis deseos respecto a esta donación, tal como se indica en los formularios de solicitud que presenté al programa. Habiendo leído este formulario de donante y todo el material de solicitud que lo acompaña, y comprendiendo su contenido, lo firmo en presencia de dos (2) testigos que suscriben a continuación

Nombre del Donante en Letra de Molde | Número de Seguro Social | Fecha de Nacimiento

Firma Legal del Donante | Fecha | Número de Teléfono

Dirección Postal | Ciudad | Estado | Código Postal

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Firmado en nuestra presencia y por la presente suscribimos nuestros nombres como testigos

1)

Nombre en Letra de Molde del Primer Testigo | Firma Legal del Primer Testigo | Fecha

Dirección Postal | Ciudad | Estado | Código Postal

2)

Nombre en Letra de Molde del Segundo Testigo | Firma Legal del Segundo Testigo | Fecha

Dirección Postal | Ciudad | Estado | Código postal

PARIENTE MÁS CERCANO O ALBACEA

Nombre en Letra de Molde | Firma Legal

Dirección Postal | Ciudad | Estado | Código postal

Relación con el Donante | Número telefónico

INSTRUCCIONES EN EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO

1. Se debe contactar al médico en el momento del fallecimiento. No se debe realizar ninguna autopsia ni embalsamamiento.
2. Notifique a Hope Memorial Chapel (207-282-6300) para coordinar el traslado del donante al Programa de Donación Anatómica de la Facultad de Medicina Osteopática de la Universidad de Nueva Inglaterra.

Copia Blanca – Programa de Donantes, Copia Amarilla – Donante, Copia Rosa – Testigo/Albacea, Copia Azul – Médico de Atención Primaria

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA
PROGRAMA DE DONACIÓN ANATÓMICA.

Por favor proporcione la siguiente información. Si algún dato no se conoce, por favor escriba DESCONOCIDO.

Esta información ayudará al Programa de Donación Anatómica a completar la documentación requerida por el Estado de Maine para el Departamento de Servicios Humanos y la Administración de Veteranos. También proporcionará información que podría beneficiar el estudio del material anatómico.

Tenga la seguridad de que la información proporcionada al Programa de Donación Anatómica se mantendrá en la más estricta confidencialidad y se utilizará únicamente para los fines mencionados anteriormente.

Nombre: _____Sexo _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Condado Estado Código postal

Fecha de nacimiento_____ Lugar de nacimiento: _____
(mm/dd/aaaa) (Ciudad, Estado)

Ciudadanía: _____ Educación: _____
(Primaria/Secundaria, Universidad)

Ascendencia: _____ Raza: _____
(Francés, Inglés, Español, etc.) (blanco, negro, indígena americano, etc.)

Estatura: _____ Peso: _____
(pies, pulgadas) (libras)

Veterano: ___ Rama militar: _____ Fechas de servicio: _____
(S o N)

Estado civil (encierre uno en un círculo) casado(a) nunca casado(a) viudo(a) divorciado(a)

Por favor indique el nombre del cónyuge más reciente: _____
(apellido de soltera de la esposa o nombre del esposo) Por favor complete incluso si está fallecido(a) o divorciado(a)

Fumador(a) _____ Número de años: _____
(S o N)

Ocupación del donante (sea específico, maestro(a), enfermero(a), operador de torno, mecánico, etc.)

_____
(si está jubilado(a), indique la ocupación antes de jubilarse)

Lugar de ocupación (sea específico, escuela primaria, hospital, fábrica, etc.)

_____

Número de Seguro Social del donante_____

Nombre completo del padre:_____
(incluso si está fallecido)

Nombre completo de soltera de la madre:_____
(incluso si está fallecida)

Por favor notifíquenos sobre cualquier cambio en la información del donante

FORMULARIO DE DISPOSICIÓN

El Programa de Donación Anatómica se pondrá en contacto con el destinatario (familiar más cercano/ejecutor y/o la funeraria designada) cuando los restos cremados estén disponibles. En caso de que el Programa de Donación Anatómica no pueda localizar al destinatario, después de notificar por correo, entiendo que el Programa de Donación Anatómica conservará los restos cremados durante al menos noventa (90) días y autorizo que, en ausencia de cualquier otra instrucción, los restos cremados sean enterrados en el Cementerio de la Universidad.

Por favor marque UNA de las siguientes 3 opciones

1. ☐ Deseo que mis restos cremados sean devueltos a mi familiar más cercano/ejecutor

Autorizo al Programa de Donación Anatómica del Colegio de Medicina Osteopática de la Universidad de New England a devolver los restos cremados a la persona cuya firma aparece a continuación. Los restos cremados se enviarán por Correo Registrado del Servicio Postal de los Estados Unidos.

2. ☐ Deseo que mis restos cremados sean devueltos a mi familiar más cercano/ejecutor

Entiendo que el familiar más cercano/ejecutor o un miembro de la familia será responsable de cualquier cargo por parte de la funeraria por este servicio.

.

_____

Nombre del destinatario de los restos cremados

_____

Dirección

_____

Ciudad, Estado, Código Postal Número de teléfono

_____

Printed Name of Donor Signature of Donor Fecha

_____

Nombre en letra de molde del familiar más cercano/ejecutor Firma del familiar más cercano/ejecutor Fecha

3. ☐ Deseo que mis restos cremados sean enterrados en el Cementerio de la Universidad de New England

FORMULARIO DE USO ESPECIAL

Hay tres usos y preparaciones especiales de los órganos y estructuras del donante que pueden ser de gran beneficio educativo para el Programa de Donación Anatómica **(1)** Utilización de órganos o estructuras específicas de un donante durante varios años por UNECOM. En estos casos, el material anatómico se conservaría indefinidamente y se dispondría de él conforme a la política del Programa de Donación Anatómica. El resto del cuerpo donado sería cremado y devuelto a su familiar más cercano, a su funeraria local o enterrado en el Cementerio de la Universidad, según lo que usted haya designado. **(2)** A menudo tiene un gran valor educativo y de investigación para UNECOM utilizar al donante durante más tiempo que el período típico de 1 a 4 años para proyectos especiales. Tras la finalización de estos proyectos especiales, el donante será cremado y devuelto o enterrado en el Cementerio de la Universidad. **(3)** La promoción de la educación médica por parte de otras escuelas autorizadas en Maine, incluyendo el Sistema de la Universidad de Maine, Colby College, Bates College y Bowdoin College o cualquier escuela de medicina reconocida en Nueva Inglaterra, incluyendo la formación en enfermería y la educación premedicina. Dichas escuelas que necesiten cuerpos para conferencias y demostraciones serán abastecidas en primer lugar, y de vez en cuando un médico o cirujano autorizado. En este caso, transportamos a los donantes hacia y desde la institución, médico o cirujano solicitante, y los restos son manejados por nosotros de la manera habitual (por ejemplo, cremados y devueltos o enterrados en el Cementerio de la Universidad). Por favor indique a continuación su deseo de participar en cualquiera de estas áreas del programa de donación y firme el formulario.

Si tiene preguntas sobre estas opciones, no dude en llamarnos al 207-602-2202.

Por favor encierre en un círculo la(s) opción(es) deseada(s)

1. **SÍ** **NO** **Uso especial de órganos o estructuras específicas por UNECOM**
Además del uso del donante por parte de UNECOM durante el período típico de 1 a 4 años, este permite el uso indefinido de ciertos órganos o estructuras para fines/actividades educativas o de investigación en UNECOM.

2. **SÍ** **NO** **Uso del cuerpo del donante por UNECOM por un período mayor al típico de 1 a 4 años**
Esto permite el uso del donante para enseñanza e investigación a largo plazo con fines/actividades educativas o de investigación en UNECOM, más allá del período típico de 1 a 4 años.

3. **SÍ** **NO** **Uso del cuerpo del donante en otra institución**
Esto permite que el donante sea asignado y entregado a una escuela autorizada y, de vez en cuando, a un médico o cirujano.

_____
Nombre en Letra de Molde

_____ _____
Firma Fecha

Autorización para divulgar información sobre atención médica

(22 M.R.S.A. § 1711-C(3) y 45 CFR §164.508(c) (HIPAA))
Esta autorización cumple con los Estatutos de Maine y los requisitos de HIPAA.

PROGRAMA DE DONACIÓN ANATÓMICA.

Complete este formulario solo si está dispuesto(a) a divulgar sus registros médicos al momento de su fallecimiento al Programa de Donación Anatómica.

Yo, ____he donado mi cuerpo a la Universidad de New England, Colegio de Medicina Osteopática, Programa de Donación Anatómica, para fines educativos, de investigación y científicos.

Con el fin de aumentar el valor educativo, de investigación y científico de mi donación después de mi fallecimiento, autorizo y solicito a cualquier centro de atención médica en el que haya sido paciente en cualquier momento dentro de los dos (2) años previos a mi muerte, y a cualquier médico que me haya atendido en cualquier momento dentro de los dos (2) años previos a mi muerte, que proporcione a cualquier representante del Programa de Donación Anatómica de la Universidad de New England todos y cada uno de los registros relacionados con mi historial clínico, tratamiento y exámenes que haya recibido. Libero a dicho médico o centro de atención médica de toda responsabilidad que pudiera surgir de esta autorización.

Autorización específica

Al encerrar en un círculo la opción SÍ, significa que si esta información está documentada en su expediente médico, SÍ tiene mi autorización para incluir una copia de la misma en respuesta a la solicitud de registros médicos. Al encerrar en un círculo la opción NO, significa que si la información está documentada en los registros, NO tiene autorización para divulgar dichos registros.

1. Yo (SÍ) (NO) (N/A) autorizo la divulgación de información que se refiera al tratamiento o diagnóstico de salud mental.
2. Yo (SÍ) (NO) (N/A) renuncio a mi derecho de revisar los informes relacionados con enfermedades psiquiátricas antes de que sean divulgados.
3. Yo (SÍ) (NO) (N/A) autorizo la divulgación de todos los registros de cualquier otro proveedor de atención médica que estén en posesión del proveedor mencionado anteriormente.
4. Yo (SÍ) (NO) (N/A) autorizo la divulgación de todos los registros de cualquier otro proveedor de atención médica que estén en posesión del proveedor mencionado anteriormente. Dicha información no podrá ser divulgada nuevamente por el destinatario sin mi consentimiento específico.

* *

YO ENTIENDO QUE,

Puedo revocar total o parcialmente esta autorización en cualquier momento mediante una revocación por escrito y entregándola al profesional o centro que posea esta autorización, sujeto a los derechos de cualquier persona que haya confiado en la autorización antes de recibir mi revocación. Esta revocación será firmada y fechada por mí y declarará que toda o parte de esta autorización queda revocada.

Tengo derecho a autorizar la divulgación de información sobre atención médica, y si me niego o revoco la autorización, entiendo que dicha negativa o revocación puede resultar en la falta de información para el Programa de Donación Anatómica. Entiendo que no se me negará tratamiento ni mi participación en el Programa de Donación Anatómica si me niego a firmar esta autorización.

Esta autorización será válida hasta que sea revocada por mí o por otra persona según lo dispuesto en 22 M.R.S.A. § 1711-C(5), o por un período de 30 meses a partir de la fecha de la firma, lo que ocurra primero. Entiendo que dicha revocación puede ser motivo para la denegación de beneficios de salud u otra cobertura o beneficios de seguro.

Una fotocopia de esta autorización podrá utilizarse en lugar del original. Divulgaciones posteriores por parte de usted y otras divulgaciones por parte de otros proveedores de atención médica podrán hacerse bajo esta autorización.

(El formulario continúa al reverso)

Firma Fecha

Dirección Postal

Ciudad, Estado, Código Postal Teléfono

Fecha de nacimiento Número de Seguro Social

Nombre del médico de atención primaria

Dirección Postal Ciudad, Estado, Código Postal

Número de teléfono

Toda la información médica se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para actividades educativas, de investigación y científicas.

Autorización para divulgar información sobre atención médica

(22 M.R.S.A. § 1711-C(3) y 45 CFR §164.508(c) (HIPAA))

Esta autorización cumple con los Estatutos de Maine y los requisitos de HIPAA.

PROGRAMA DE DONACIÓN ANATÓMICA.

Yo, _____, he donado mi cuerpo a la Universidad de New England, Colegio de Medicina Osteopática ("UNE"), Programa de Donación Anatómica, para fines educativos, de investigación y científicos.

Mediante la firma a continuación, entiendo y autorizo a la Universidad de New England (UNE) a compartir mi información demográfica, como mi nombre, fecha de nacimiento y número de Seguro Social, con Hope Memorial Chapel, la cual utilizará dicha información para cumplir con sus obligaciones legales en relación con la disposición de mi cuerpo y la elaboración de mi acta de defunción. Autorizo a la UNE a proporcionar esta información a Hope Memorial Chapel antes de mi fallecimiento.

YO ENTIENDO QUE,

Puedo revocar total o parcialmente esta autorización en cualquier momento mediante una revocación por escrito y entregándola al profesional o centro que posea esta autorización, sujeto a los derechos de cualquier persona que haya confiado en la autorización antes de recibir mi revocación. Esta revocación será firmada y fechada por mí y declarará que toda o parte de esta autorización queda revocada.

Esta autorización será válida hasta que sea revocada por mí o por otra persona según lo dispuesto en 22 M.R.S.A. § 1711-C(5), o por un período de 30 meses a partir de la fecha de la firma, lo que ocurra primero.

Una fotocopia de esta autorización podrá utilizarse en lugar del original.

_____ _____

Firma Fecha

_____

Dirección Postal

_____ _____

Ciudad, Estado, Código Postal Teléfono

_____ _____

Fecha de nacimiento Número de Seguro Social

_____

Nombre del médico de atención primaria

_____

Dirección Postal Ciudad, Estado, Código Postal

_____

Número de teléfono

Toda la información médica se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para actividades educativas, de investigación y científicas.