

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

NOTA: ESTE NO ES EL CONSENTIMIENTO APROPIADO PARA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH

APELLIDO DEL PACIENTE SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE	INICIAL DEL
NRO. DE CASO		
CENTRO	UNIDAD	

INSTRUCCIONES: ¡ENTREGUE UNA COPIA DEL FORMULARIO AL PACIENTE! Prepare una (1) copia para el registro del caso del paciente

Me indicaron que las enfermedades transmisibles deben informarse al Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health, NYSDOH) o al departamento local de salud dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico, según lo define el Código Sanitario del Estado de Nueva York (Título 10 de los Códigos, Normas y Reglamentos de Nueva York [New York Codes, Rules and Regulations, NYCRR] Sección 2.10). También me indicaron que en caso de que se determine que tengo una enfermedad transmisible, el centro de tratamiento no puede informar sobre esto al Departamento de Salud o al departamento local de salud sin mi consentimiento por escrito.

Por lo tanto, para permitir que el centro de tratamiento cumpla con los requisitos de notificación de enfermedades transmisibles, por la presente, otorgo mi consentimiento para autorizar que dicho centro de tratamiento informe al NYSDOH o al departamento local de salud que contraí una enfermedad transmisible, en caso de que me hayan diagnosticado tal enfermedad.

El alcance de la divulgación que se puede hacer se limitará a: mi nombre, dirección, diagnóstico, la identidad de las personas a las que pude haber expuesto a la enfermedad, la fuente de mi enfermedad (si se conoce) y (especifique) cualquier tratamiento administrado, así como cualquier información relevante para la atención médica continua.

Entiendo que puedo anular este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones con base en él, y que la información proporcionada por dicho consentimiento al NYSDOH o al departamento local de salud no se pueda volver a divulgar sin mi autorización adicional por escrito. También entiendo que este consentimiento vencerá seis (6) meses después de mi fecha del alta del centro de tratamiento que se mencionó anteriormente. Además, entiendo que cualquier divulgación está sujeta al Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.) que rigen la confidencialidad de los registros de los pacientes por casos de abuso de alcohol y drogas, así como a la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996, Título 45 del C.F.R. Puntos 160 y 164; y que se prohíbe volver a divulgar esta información a una parte distinta a la designada anteriormente, sin una autorización adicional por escrito de mi parte.

Firma del paciente

Fecha

NOTA: Cualquier información que se divulgue a través de este formulario estará acompañada del formulario que prohíbe la divulgación de información relacionada con un caso de alcoholismo o de abuso de drogas (TRS -1) de un paciente.

Requisitos para informar enfermedades transmisibles del DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK

El informe de presuntas enfermedades transmisibles o confirmadas es obligatorio, según el Código Sanitario del Estado de Nueva York, (Título 10 NYCRR Secciones 2.10,2.14) La responsabilidad principal de informar recae en el médico; además, también se requiere que los laboratorios (Ley de Salud Pública [Public Health Law, PHL] 2102), enfermeras escolares (Título 10 NYCRR Sección 2.12), directores de centros de cuidado diurno, geriátricos u hospitales (Título 10 NYCRR Sección 405.3d) e instituciones estatales (Título 10 NYCRR Sección 2.10a) u otros lugares que brinden servicios de salud (Título 10 NYCRR Sección 2.12) informen acerca de las enfermedades que se enumeran a continuación.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Anaplasmosis | Criptosporidiosis | Embarazada portadora de hepatitis B | Viruela de los monos | Envenenamiento por enterotoxina B |
| Amebiasis | Ciclosporiasis | Infección por herpes, lactantes de 60 días de edad o más pequeños | Papera/Tos ferina | estafilocócica ² |
| Mordeduras de animales para las que se administra profilaxis antirrábica ¹ | Difteria | Infecciones asociadas con hospitales (según se define en la Sección 2.2, Título 10 del NYCRR) | Peste ² | Infección estreptocócica (enfermedad invasiva) 5 |
| Ántrax ² | Infección por E. coli O157:H7 | Influenza, legionelosis confirmada por laboratorio | Poliomielitis | Estreptococo beta hemolítico del grupo A |
| Infección por arbovirus ³ | Erliquiosis | Enfermedad de Lyme por listeriosis | Psitacosis | .Estreptococo del grupo B |
| Babesiosis | Encefalitis transmitida por alimentos | Linfogranuloma venéreo | Fiebre Q ² | Neumococo |
| Botulismo ² | Giardiasis | Malaria | Rabia ¹ | Sífilis, especifique etapa ⁷ |
| Brucelosis ² | Muermo ² | Sarampión | Fiebre maculosa de las Montañas Rocosas | Tétanos |
| Campilobacteriosis | Infección gonocócica | Melioidosis ² | Rubéola (incluyendo el síndrome de rubéola congénita) | Síndrome de choque tóxico |
| Chancroide | Haemophilus influenzae ⁵ (enfermedad invasiva) | Meningitis aséptica o viral | Salmonelosis | Encefalopatías espongiiformes transmisibles ⁸ (EET) |
| Infección por Chlamydia trachomatis | Enfermedad por hantavirus | Haemophilus Meningococo | E. coli productora de toxina Shiga ⁴ (Shigatoxina-producing Escherichia coli, STEC) | Triquinosis |
| Cólera | Síndrome urémico hemolítico | Otra (especificar tipo) | Shigelosis ⁴ | Enfermedad actual de tuberculosis (especifique área) Tularemia ² |
| Coronavirus (grave o nuevo) 2019 Nuevo coronavirus (COVID-19) | Hepatitis A | Meningococemia | Viruela ² | Fiebre tifoidea |
| Síndrome Respiratorio Agudo Severo (Severe Acute Respiratory Syndrome, SRAS) | Hepatitis A en un manipulador de alimentos | | Estafilococo áureo ⁶ (debido a cepas que muestran susceptibilidad o resistencia reducida a la vancomicina) | Enfermedad por virus |
| Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (Middle East Respiratory Syndrome, MERS) | Hepatitis B (especifique si es aguda o crónica) | | | Vibriosis ⁶ |
| | Hepatitis C (especifique si es aguda o crónica) | | | Fiebre hemorrágica viral ² |
| | | | | Yersiniosis |

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS Y APOYOS PARA CASOS DE ADICCIÓN

**¿QUIÉN DEBE
INFORMAR?**

Médicos, enfermeras, directores de laboratorio, profesionales de control de infecciones, centros de salud, instituciones estatales, escuelas.

¿DÓNDE SE DEBE REALIZAR EL INFORME?

Informe al departamento local de salud donde vive el paciente.

Persona de contacto _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono: _____ Fax _____

¿CUÁNDO SE DEBE REALIZAR EL INFORME?

Dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico:

- Por teléfono, las enfermedades en **negrita**.
- Por correo, el informe de casos; el DOH-389 para todas las demás enfermedades.
- En la ciudad de Nueva York use el formulario PD-16.

NOTAS ESPECIALES:

- Las enfermedades enumeradas en **negrita** justifican una acción inmediata y deben informarse **de inmediato** a los departamentos locales de salud por teléfono, seguido de la presentación del formulario confidencial de informe de casos (DOH-389). En la ciudad de Nueva York, use el formulario de informe de casos PD-16.
- Además de las enfermedades antes enumeradas, se debe informar obligatoriamente cualquier enfermedad inusual (definida como una enfermedad o síndrome nuevo aparente o emergente que posiblemente podrían ser causado por un agente infeccioso transmisible o una toxina microbiana).
- Brotes: aunque los casos individuales de algunas enfermedades (p. ej., dolor de garganta por estreptococos, piojos, impétigo, sarna y neumonía) no se informan, un grupo o brote de casos de cualquier enfermedad transmisible es un evento que se debe informar.
- **Los casos de infección por VIH, enfermedades relacionadas con el VIH y SIDA se informan en el formulario DOH-4189, que se puede obtener comunicándose con:**
Division of Epidemiology, Evaluation and Research
P.O. Box 2073, ESP
Station Albany, NY
12220-2073 (518)
474-4284
En la ciudad de Nueva York: El Departamento de Salud e Higiene Mental de la ciudad de Nueva York para informar sobre el VIH/SIDA, llame al:
(212) 442-3388

1. Se debe notificar al departamento local de salud antes de iniciar la profilaxis antirrábica.
2. Enfermedades que son posibles indicadores de bioterrorismo.
3. Incluyendo, entre otras, infecciones causadas por el virus de la encefalitis equina del este, virus de la encefalitis equina occidental, virus del Nilo Occidental, virus de la encefalitis de St. Louis, virus de La Crosse, virus de Powassan, virus de Jamestown Canyon, dengue y fiebre amarilla.
4. Los resultados positivos de la prueba de toxina Shiga deben notificarse como presunta evidencia de enfermedad.
5. Informe únicamente los casos con cultivos positivos de sangre, LCR, líquido articular, peritoneal o pleural. No notifique casos con cultivos positivos de piel, saliva, esputo o garganta.
6. Adición propuesta a la lista.
7. Cualquier prueba no treponémica ≥ 1 : 16 o cualquier prueba prenatal o de parto positiva, independientemente del título o de cualquier enfermedad en etapa primaria o secundaria, debe notificarse por teléfono; todos los demás se pueden notificar por correo.
8. Incluyendo la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Los casos se deben notificar directamente al Registro de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al (518) 473-7817 si se sospecha la enfermedad. En la ciudad de Nueva York, los casos también deben notificarse al Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York (New York City Department of Health and Mental Hygiene, NYCDOHMH).
9. Personas con infección por virus vaccinia, debido a transmisión por contacto, y personas con las siguientes complicaciones de la enfermedad por virus vaccinia; eczema vaccinatum, eritema multiforme mayor o síndrome de Stevens-Johnson, vaccinia fetal, vaccinia generalizada, inoculación inadvertida, vaccinia ocular, encefalitis o encefalomielitis posvacuna, vaccinia progresiva, infección piógena del área de infección y cualquier otro evento adverso grave.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Para obtener más información sobre la notificación de enfermedades, llame a su departamento local de salud o a la Oficina de Control de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al (518) 473-4439 o al (866) 881-2809 fuera del horario de oficina. En la ciudad de Nueva York, 1 (866) NYC-DOH1. Para obtener formularios de notificación (DOH-389), llame al (518) 474-0548.