



PROGRAMA DE SHADOWING

Nombre: _____ F M

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono Alternativo: _____

Correo electrónico: _____

Escuela/Universidad actual: _____

Dirección Escolar: _____

Para solicitar se deben seguir los siguientes pasos:

- ✓ Firmar el permiso apropiado si es menor de 21 años (**Debe tener al menos 16 años**) (Pag. 4)
- ✓ Completar Formulario Médico (Pág. 2)
- ✓ Firmar una Declaración de Confidencialidad (Pág. 6)
- ✓ Redactar un Breve Ensayo (Pág. 5)
- ✓ Transcripción de crédito (Copia de Estudiante)
- ✓ Completar el Relevé de Responsabilidad y Compromiso de no divulgación (Pág. 7)
- ✓ Vacunas
 - Certificado de Vacunas (**Hoja Verde**)
 - La vacuna M-M-R (**sarampión, paperas y rubéola**) tuvo que administrarse en la década de 1980 – 1990.
 - Certificado de Salud (**Tuberculina y VDR**)
 - Hepatitis B
 - Influenza (**CEPA ACTUAL**)
 - Varicella
 - **Covid-19**
 - Certificado de Buena Conducta (**De ser mayor de 16 años**)
- ✓ Pago de \$100.00 Dolares
 - Cheque (**A nombre de Facultad Médica Hospital Oncológico**)
 - Efectivo (**Cambio Exacto**)
- ✓ Foto 2x2.

Formulario Médico

Nombre del Participante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre del Tutor: _____

Teléfono del Tutor: _____

El propósito de este documento es permitir que los tutores autoricen la provisión de tratamiento médico de emergencia para los observadores menores de edad que sufran lesiones mientras se encuentran en el centro cuando los padres o tutores de dichos observadores no puedan ser contactados. En el caso de que los intentos razonables de ponerse en contacto con una de las personas mencionadas, en los números de teléfono indicados, hayan sido infructuosos, **POR LA PRESENTE DOY MI CONSENTIMIENTO PARA:**

1. La administración de cualquier tratamiento que se considere necesario por el siguiente médico de preferencia: _____, Teléfono: _____; o el siguiente dentista, _____, Teléfono: _____ o en el caso de que el médico preferido designado no esté disponible por otro médico o dentista con licencia.
2. El tratamiento del menor es: _____ o cualquier otro hospital al que el menor pueda ser trasladado. Esta autorización no cubre la cirugía a menos que se obtenga la opinión médica de otros dos médicos o dentistas con licencia, que estén de acuerdo en la necesidad de dicha cirugía antes de la realización.

Los hechos relacionados con el historial médico del observador menor, incluidas las alergias, los medicamentos que se toman, cualquier impedimento físico del que se deba alertar al médico son los siguientes:

Medicamentos: _____

Alergias: (Medicamentos, Alimentos, Otro):

Firma del Médico

Fecha

➤ **Por favor Circule:**

¿El participante que hace la observación ha tenido varicela??

SI NO

¿El participante de Shadowing ha tenido una exposición reciente a la varicela en las últimas dos semanas?

SI NO

Nombre del Tutor/ Shadowing

Firma del Tutor/ Shadowing

NO DOY MI CONSENTIMIENTO para el tratamiento médico de emergencia de mi hijo. En el caso de una enfermedad o lesión que requiera tratamiento médico o dental de emergencia, deseo que no se tome ninguna medida. Haga lo siguiente:

Nombre del Tutor/Shadowing

Nombre del Tutor/Shadowing

Date

Formulario de permiso de los padres o tutores

➤ SI ERES MENOR DE 21 AÑOS

Yo, _____, por la presente doy mi consentimiento para que mi hija/hijo, _____, pueda observar en el centro de atención médica asignado para una experiencia del programa de observación. Libero expresamente a la Institución Hospital Oncológico, Dr. Isaac González Martínez de todas y cada una de las reclamaciones que surjan de la experiencia de observación.

Nombre del Tutor

Firma del Tutor

Fecha

➤ Estudiante de Shadowing

Yo, _____, El observador, por la presente consiente en seguir todas las reglas establecidas en esta experiencia de observación. Me doy cuenta de que debo actuar de manera responsable y profesional en este papel y también entiendo que debo actuar solo como observador y no se me permite actuar en ningún otro papel que no sea el de observador

Nombre del Observado

Firma del Observador

Fecha

¿Cómo te enteraste del Programa de Observación?

Se debe enviar una copia de este formulario, el registro de vacunación y un formulario de autorización médica de emergencia (si corresponde) al Departamento de Cirugía antes de su orientación. La fecha de orientación será merecida después de que se reciba la documentación.

Deberá llamar a su contacto en el lugar para programar su fecha de orientación

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Si en algún momento, durante la rotación en el Programa Shadow en calidad de observador, tuviera acceso a información clínica de paciente alguno o información relacionada al funcionamiento operacional de este programa.

YO, _____ declaro y certifico que:

- Comprendo y acepto mi compromiso de mantener la confidencialidad de esta información todo el tiempo en y fuera de horas laborales.
- Entiendo que violación alguna sobre esta política de confidencialidad podría resultar en medidas disciplinarias, suspensión de privilegios y otras acciones legales.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Programa Observador

YO, _____ participante del Programa Observador “Shadow Program”, relevo de toda responsabilidad al Hospital Oncológico Dr. Isaac González Martínez, sus empleados, funcionarios, directores y sus sucesores, por los daños y perjuicios que sufra como consecuencia de hechos relacionados directamente con mi visita, labor, adiestramiento, o experiencia de práctica en dicha institución. Incluye, pero sin limitarse a actividades tales como labores, adiestramientos, experiencia y visitas en nuestra institución, laboratorios o cualquier otra área científica, técnica o administrativa.

Me comprometo a no divulgar ningún tipo de información obtenida en el transcurso de la visita al Hospital Dr. Isaac González Martínez. De esta forma mantendremos la confidencialidad de dicha información. Reconozco que el incumplimiento con este compromiso dará lugar a que se revoque todo privilegio concedido por la administración del Hospital Oncológico Dr. Isaac González Martínez y que pueda ser procesado conforme a las leyes y reglamentos que gobiernan dicha institución.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del funcionario
Nombre y firma del representante

Fecha