



Log #: _____ MR#: _____

ID verified? Y N By (initial): _____

Autorización para revelar registros médicos

Información del paciente

**** Escriba en letra de molde ****

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono de trabajo: _____

Revelación/envío de la información

Por la presente autorizo a (nombre del centro) _____ a revelar información de mi expediente médico a:

Nombre/centro: _____ A la atención de: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N.º de fax: _____

☐ Correo ☐ Recoger (fecha) _____ ☐ Correo electrónico a _____ ☐ Fax al número d arriba

La información se revelará/enviará

- ☐ Dé un resumen de: Historia/examen físico, resumen, consulta, nota quirúrgica, admisión, pruebas de laboratorio, radiología, EKG, informe de ER
- ☐ Entregue una copia de mi registro del departamento de emergencias (emergency department)
- ☐ Otro: especifique, incluyendo las fechas, MD, pruebas (complete el recuadro) →

Propósito de la solicitud:

- ☐ Personal ☐ Atención continua ☐ Seguro ☐ Legal
- ☐ Otro: _____

Comentarios/Fechas/Notas

Autorización para revelar/enviar información protegida o confidencial.

Para que podamos revelar cualquier de su información médica que pueda estar incluida en las categorías listadas abajo, debe escribir sus iniciales en la línea. No enviaremos esta información si la línea está en blanco → **ESCRIBA SUS**

INICIALES EN LA LÍNEA

- Autorizo la revelación de las notas del tratamiento psiquiátrico/psicológico _____
- Autorizo la revelación de la información sobre el abuso/tratamiento de drogas/alcohol _____
- Autorizo la revelación de información sobre salud reproductiva y enfermedades sexuales _____
- Autorizo la revelación de información sobre pruebas o tratamiento de VIH/SIDA _____
- Autorizo la revelación de información sobre pruebas genéticas _____



Asegúrese de haber completado todo este formulario: escriba en letra de molde su nombre completo y fecha de nacimiento, marque el propósito de la solicitud, marque la información que se revelará y escriba sus iniciales en TODAS las categorías de información protegida/confidencial de arriba que puedan pertenecer a sus registros.

Entiendo que autorizar la revelación de esta información médica es voluntario. No es necesario que firme este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo revisar o copiar la información que se usará o revelará, según lo establecido en la sección 164.524 del CFR. Entiendo que cualquier revelación de información implica la posibilidad de una nueva revelación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la revelación de mi información médica, puedo comunicarme con el oficial de privacidad o con el director de información médica.

Entiendo que tengo derecho a cancelar esta autorización; y debo presentarla por escrito al Departamento de manejo de la información médica/registros médicos (Medical Records/Health Information Management Department). Entiendo que la cancelación no se aplicará a la información que ya se ha revelado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la cancelación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley conceda a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo conforme a mi póliza. A menos que se cancele, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____

Si no especifico una fecha de vencimiento, un evento o una condición, esta autorización vencerá 90 días después de la fecha de la firma.

Firma - Adjunte los documentos legales cuando corresponda

Fecha/hora

Relación, si es alguien diferente al paciente

Tenga en cuenta lo siguiente: Es posible que se aplique un cargo por la copia y envío por correo de las copias del expediente médico.

