



Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés)

Esta solicitud para DIVULGAR expedientes médicos será devuelta si no se completa en su totalidad

Nombre del paciente: _____ Número del expediente médico: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

YO AUTORIZO EL USO O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DEL INDIVIDUO MENCIONADO ARRIBA TAL COMO SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN:

1 El tipo y cantidad de información que se usará o divulgará como sigue

Incluya fecha como corresponda:

DESDE (fecha)	HASTA (fecha)
---------------	---------------

- Todo el expediente, o:
- Lista de medicamentos
 - Lista de vacunas
 - Notas del proveedor
 - Resultados de análisis de laboratorio
 - Informes de radiografías / absorciometría de rayos X de energía dual
 - Informes de cardiología
 - Otros: _____

2 Por favor ponga sus iniciales para la divulgación de la siguiente información aún si marcó en la parte de arriba "todo el expediente"

_____ Información de VIH _____ Psiquiatría / Información de salud mental _____ Conducta adictiva
 _____ Resultados de pruebas genéticas _____ Historial de abuso doméstico o abuso infantil _____ Comportamiento adictivo
 _____ Enfermedades de transmisión sexual o comunicables

NOTA: LA INFORMACIÓN RESPECTO AL DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS REQUIERE LLENAR EL CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD BAJO EL 42 C.F.R. PARTE 2 – CONFIDENCIALIDAD DE ARCHIVOS DE ABUSO DEL ALCOHOL Y DE DROGAS

3 MOTIVO DE LA SOLICITUD: (POR FAVOR MARQUE UNA OPCIÓN)

- Atención médica Seguro Personal Abogado Otro: _____

4 Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Administración de la Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, hecho o condición: _____ **SI SE DEJA EN BLANCO, ESTA AUTORIZACIÓN VENCERÁ EN SEIS MESES**

5 ESTA INFORMACIÓN SERÁ DIVULGADA AL solicitante al individuo u organización indicados

Nombre _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
 Domicilio _____ Ciudad Estado, Código postal _____

6 Entiendo que esta autorización de divulgación de información de salud es voluntaria. Me puedo negar a firmarla. No necesito firmar este formulario para asegurar tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información a usarse o divulgarse, tal como está dispuesto en CFR 164 524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo la posibilidad de una redivulgación no autorizada y la información no puede estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo ponerme en contacto con el Departamento de Administración de Información de Salud y obtener una copia de la notificación de privacidad.

7 Deseo recibir esta información Impresa CD (como archivo PDF)

Firma del paciente: _____ Fecha de la firma: _____

Firma del padre, tutor o representante personal (si es necesario) _____ Fecha de la firma: _____
 (Si es el representante personal, adjunte la documentación sustentatoria)

Routed to: _____
By: _____
Date: _____
Completed: ___Y ___N
Scanned by: (initial) _____
Photo ID checked by: _____

NOTA: "Hay un cargo de no más de \$25 por copia de registros, salvo que la información esté siendo divulgada a un centro médico".
POR FAVOR PERMITA 7-10 DÍAS LABORALES, a partir de la fecha de recepción del Dept. de HIM, PARA EL PROCESAMIENTO.
 Teléfono: (702) 560-2880 L-V, 8am-5pm