

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA



Nombre del paciente: _____ Número de teléfono: _____

Otros nombres usados: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: XXX-____-____ Fecha de Servicio: _____

Yo, el abajo firmante, autorizo la divulgación o la solicitud de acceso a la información especificada a continuación del expediente médico del paciente nombrado arriba en esta forma.

LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ES NECESARIA PARA: POR FAVOR SELECCIONE UNA OPCIÓN

- Atención médica continúa Militar Uso personal Escuela Seguro Asuntos legales
 Seguro Social / Determinación de discapacidad Otro: _____

FECHA(S) DE TRATAMIENTO: _____

INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historial médico / físico | <input type="checkbox"/> Reporte de consulta | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés) |
| <input type="checkbox"/> Reporte quirúrgico | <input type="checkbox"/> Resumen de alta / Causa de muerte | <input type="checkbox"/> Hoja principal |
| <input type="checkbox"/> Reporte de laboratorio / patología | <input type="checkbox"/> Reporte de radiología | <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta |
| <input type="checkbox"/> Salud del comportamiento | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nota médica de progreso (evolución) | <input type="checkbox"/> Reporte de la Sala de Emergencias | |

FORMATO SOLICITADO PARA RECIBIR ESTA INFORMACIÓN:

- Papel CD (requiere 5 días hábiles, sólo se aplica a los datos almacenados electrónicamente)

MÉTODO PREFERIDO DE ENTREGA:

- Recoger en persona (Se le notificará mediante una llamada telefónica cuando los registros estén listos para ser recogidos)
 Enviar por correo a la dirección indicada abajo
 Enviar por fax al número de fax indicado abajo
 Enviar por correo a la dirección confidencial alternativa indicada abajo

JPS Health Network/Acclaim podrá divulgar la información anterior

Nombre _____ Número de teléfono _____

Dirección (calle, estado, código postal) _____ Número de fax _____

Yo entiendo que la información del expediente médico utilizada y divulgada de conformidad con este formulario de autorización podría incluir información relacionada con: la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el tratamiento para o historial de abuso de drogas o alcohol o la salud mental o del comportamiento o atención psiquiátrica.

Yo entiendo que en la medida en que cualquier Destinatario(a) de esta información, como se identificó anteriormente, no sea una "entidad cubierta" según la Ley de Privacidad Federal o de Texas, la información podría no estar protegida por la Ley de Privacidad Federal y de Texas una vez que haya sido divulgada al(a) Destinatario(a) y por lo tanto esta información podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del(la) Destinatario(a).

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento o hasta el punto en que JPS Health Network haya actuado en base a esta autorización. A menos que la autorización sea revocada de otra manera, Yo entiendo que la fecha o evento específico sobre el cual esta autorización está basada expira en 180 días a partir de la fecha en que se firmó. Yo entiendo que JPS Health Network no puede condicionar mi tratamiento a la firma de este formulario de autorización (Yo entiendo que JPS Health Network no tomará decisiones con relación a mi tratamiento basadas en la manera que este formulario de autorización haya sido completado.).

Por la presente, yo revoco toda autorización previa para divulgación a _____ a partir del día ____ de _____ del 20__.

Fecha: _____

Firma: _____
Nombre del Paciente o del Representante Legal del Paciente

For Department Use: MRN / CSN

Nombre del Paciente o del Representante Legal del Paciente en Letra de Imprenta

Relación con el Paciente (si no es el(la) paciente quien firma).