

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente [Patient's Name]: _____

Dirección [Address]: _____

Fecha de nacimiento [Date of Birth]: _____ Número de teléfono [Telephone Number]: _____

Fecha(s) de tratamiento [Date(s) of Treatment]: _____

Número de expediente médico [Medical Record #]: _____ Número de Seguro Social [SS #]: _____

Tipo de Servicio: Internado Ambulatorio Emergencia

LE AUTORIZO AL DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS QUE DIVULGUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen | <input type="checkbox"/> Reportes quirúrgicos | <input type="checkbox"/> Notas de enfermería |
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo | <input type="checkbox"/> Récord de anestesia | <input type="checkbox"/> Expediente de Sala de Emergencia |
| <input type="checkbox"/> Nota de alta | <input type="checkbox"/> Reporte patológico | <input type="checkbox"/> Récord de medicamento |
| <input type="checkbox"/> Historial médico y físico | <input type="checkbox"/> Reportes radiológicos | <input type="checkbox"/> Notas de progreso médicas |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Órdenes médicas | <input type="checkbox"/> Notas psicoterapéuticas o evaluación de la salud mental | |

Favor de enviar información a:

Propósito:

- A petición propia Otro: _____

Si su expediente médico contiene alguna información obtenida de otros proveedores de servicios de salud, marque uno de los siguientes encasillados:

- Prohíbo su divulgación
- Autorizo y pido su divulgación [excepto en el caso que sea prohibido por el(los) otro(s) proveedor(es)].

Esta autorización será válida por un período máximo de **12 meses a partir de la fecha de su firma**, a menos que abajo se indique un período más corto.

Fecha de vencimiento o Episodio: _____

Comprendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización. Si no completo la misma, esto no afectará el uso ni la divulgación de mi información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios. Puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar, por escrito, esta autorización para la divulgación de información médica, excepto en aquellas ocasiones en las cuales el Hospital Holy Cross ya haya acatado con la misma.

Comprendo que el Hospital Holy Cross no cederá mi información de salud protegida a otros, con excepción al grado que yo lo autorice o que sea permitido por ley. Una vez que mi información de salud protegida se haya compartido con un grupo o con un individuo al cual no se le requiere cumplir con las leyes federales relacionadas a la privacidad de información médica, el Hospital Holy Cross no puede asegurar que la confidencialidad de la información divulgada sea mantenida.

 Firma del paciente o de su representante

 Fecha

 Relación con el paciente

TENGA EN CUENTA: Se cobrará una tarifa básica de \$22.38, más 0.73¢ por página fotocopiada, para procesar copias de expedientes médicos solicitados por terceras partes. Se cobrará un costo de 0.73 centavos por cada página fotocopiada, para procesar copias solicitadas por el paciente. No hay costo alguno por el envío de expedientes médicos a proveedores de servicios de salud, si el mismo es para continuar el cuidado del paciente.