

Autorización para la divulgación de información médica protegida

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección completa: _____

Nombre(s) de soltera o anteriores: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Instrucciones: llene cada sección del formulario por completo. No hacerlo puede retardar el proceso de su solicitud.

Divulgar información de:

Nombre o establecimiento:
Dirección:
Ciudad, estado, código postal:
Teléfono:

Divulgar información a:

Nombre o establecimiento:
Dirección:
Ciudad, estado, código postal:
Teléfono:

Propósito de la divulgación:

<input type="checkbox"/> Atención médica continua	<input type="checkbox"/> Comp. de trabajo	<input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad	<input type="checkbox"/> Personal
<input type="checkbox"/> Reclamación del seguro	<input type="checkbox"/> Solicitud de seguro	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Forma de entrega: **Fecha de información deseada por:** _____

Formato de divulgación (Marque solo 1 opción):

1. <input type="checkbox"/> En papel	<input type="checkbox"/> Enviar <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Retirar <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Fax (según corresponda) Fax # : _____
2. <input type="checkbox"/> USB	<input type="checkbox"/> Enviar <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Retirar	
3. <input type="checkbox"/> Electrónico a través del portal del paciente My Sanford Chart	<input type="checkbox"/> Divulgar a TODOS los proxies de My Sanford Chart		
<input type="checkbox"/> Enviar a la dirección de correo electrónico antes mencionada			

Información que se divulgará:

Fechas de servicio: Desde: _____ Hasta: _____ Y <input type="checkbox"/> todos los registros futuros hasta que expire la autorización			
<input type="checkbox"/> Resumen (antecedentes y exploración física, resumen del alta, informes de operaciones, consultas, notas de consulta externa, resultados de pruebas, laboratorios, notas de urgencias, notas del proveedor relacionadas con un período de tiempo específico).			
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Informe de la Sala de Urgencias	<input type="checkbox"/> Antecedentes y exploración física	<input type="checkbox"/> Notas sobre consultas
<input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas	<input type="checkbox"/> Informes cardiológicos y electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Registros de vacunas	<input type="checkbox"/> Informes de operaciones
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio o patológicas	<input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas	<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Todos los registros (puede que se aplique un cargo)
<input type="checkbox"/> Estados de cuenta	<input type="checkbox"/> Registros de tratamiento de alcohol o drogas		
<input type="checkbox"/> Formulario de reclamación del hospital	<input type="checkbox"/> Formulario de reclamación de la clínica	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE TODOS LOS REGISTROS DE TRATAMIENTO DE ALCOHOL O DROGAS QUE SON PARTE DE LOS REGISTROS QUE HE ESPECIFICADO ANTERIORMENTE, A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO A CONTINUACIÓN: _____ **No divulgar los registros de tratamiento de alcohol o drogas protegidos por la ley federal.**

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una nota por escrito al establecimiento o proveedor de atención de salud que publica los registros. La revocación no es válida si (1) se tomaron acciones previas en virtud de esta autorización, o (2) si esta autorización se obtuvo como una condición para adquirir cobertura de seguro. Autorizo al establecimiento o proveedor a divulgar información médica a la parte identificada en la sección "Divulgar información a". Comprendo que esto puede incluir información sobre salud mental, uso de alcohol y drogas y tratamiento de VIH. Comprendo que una vez sea divulgada, la información puede ser divulgada nuevamente por el receptor y es posible que ya no esté protegida. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. A menos que lo permita la ley, mi negativa a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, recibir pagos o mi idoneidad para obtener beneficios. **Esta autorización expirará en un año a partir de la fecha en que se firma a menos que yo indique un evento, propósito o fecha de expiración alternativa diferente aquí:** _____

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Parentesco de la persona que firma (si no es el paciente): _____

