



\*BSRMR50\*

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

(Nombre completo del paciente)

(Fecha de nac.)

(N.º de teléfono)

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

AUTORIZO A: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la organización que divulgará la información)

### A DIVULGAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Fecha(s) del servicio: \_\_\_\_\_

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Extracto del expediente                         | <input type="checkbox"/> Anesthesia Record                     | <input type="checkbox"/> Informe operativo         | <input type="checkbox"/> MyChart Communication |
| <input type="checkbox"/> Expediente completo                             | <input type="checkbox"/> Informe de radiografías o de imágenes | <input type="checkbox"/> Resumen del alta          | <input type="checkbox"/> Otro: _____           |
| <input type="checkbox"/> Expediente del Departamento de emergencias (ED) | <input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones            | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro: _____           |

Persona/Centro que recibe la información: \_\_\_\_\_

### Forma de divulgación (Impresa, por defecto, si no se indica):

- Correo estadounidense     Formato electrónico: CD/DVD     Radiology Film/CD     MyChart
- Entrega por medios electrónicos por Ciox (exclusivo para pacientes) - Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Propósito de la divulgación:

- Médico     Legal     Determinación de discapacidad     Otro (especifique): \_\_\_\_\_
- Seguro     Personal     Indemnización de los trabajadores    \_\_\_\_\_

### Autorización para divulgar información:

1. Comprendo que estoy dando mi permiso para divulgar información sobre expedientes de atención médica confidenciales, salvo lo que se indica a continuación, en relación con, si corresponde, enfermedades de transmisión sexual, el Síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), o el Virus de la inmunodeficiencia humano (VIH). Esto también puede incluir la información acerca de los servicios de salud conductual o mental, así como sobre el tratamiento por abuso de alcohol o drogas.

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

2. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es un acto voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para garantizar este tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se usará o se divulgará, tal como se establece en la Sección 164.524 del Código de Regulaciones Federal (CRF, en inglés). Comprendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por normas de confidencialidad. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con la organización indicada, para la divulgación de la información.
3. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y entregar mi revocación por escrito al Departamento de Información Médica. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Comprendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le proporcione a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo de conformidad con mi póliza. Salvo que esta autorización se revoque, vencerá una vez transcurridos 6 meses a partir de la fecha de la firma.
4. Comprendo que se aplicarán cargos por el copiado, de acuerdo con la política del hospital.

Firma del paciente o del representante legal \_\_\_\_\_

FECHA/HORA

Si el representante legal firmó el formulario, indique la relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### DEPARTMENT USE ONLY

PROCESSED BY: \_\_\_\_\_

IDENTITY VERIFIED     SIGNATURE VERIFIED