

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA 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 registro médico [Medical Record #]: _____

Tipo de Servicio: Paciente internado Paciente externo Paciente de la Sala de Emergencia**LE AUTORIZO AL DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS / DEPARTAMENTO DE IMAGENOLÓGÍA MÉDICA / DEPARTAMENTO DE FARMACIA QUE DIVULGUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen | <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos | <input type="checkbox"/> Apuntes de enfermería |
| <input type="checkbox"/> Registro médico completo | <input type="checkbox"/> Registro de anestesia | <input type="checkbox"/> Registro de sala de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Apuntes de alta | <input type="checkbox"/> Informe de patología | <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Historial médica y física de admisión | <input type="checkbox"/> Informes de diagnóstico / informes de radiología | <input type="checkbox"/> Apuntes sobre el progreso clínico |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Película de radiografía |
| <input type="checkbox"/> Órdenes / instrucciones del médico | <input type="checkbox"/> Apuntes de psicoterapia o registros sobre la salud | <input type="checkbox"/> Disco compacto (CD) de imágenes radiográficas |
| | | <input type="checkbox"/> Lista de recetas de farmacia |

Tipo de Petición:

-
- Impreso
-
- Por correo electrónico
-
- En disco compacto (CD)

Anote los datos necesarios para enviar su información en las líneas que aparecen debajo. Incluya su nombre completo, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico, si prefiere que se le proporcione su información médica por medio electrónico.

Propósito: A petición propia Otro: _____

Si su registro médico contiene alguna información obtenida de otros proveedores de servicios de salud, marque uno de los siguientes recuadros de selección:

-
- 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 se indique debajo 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 recibir beneficios. Puedo cambiar mi decisión en cualquier momento y revocar, por escrito, esta autorización para la divulgación de mi información de salud protegida, excepto en aquellas ocasiones en las cuales Holy Cross Health ya haya acatado con la misma. Comprendo que Holy Cross Health no divulgará 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, Holy Cross Health no puede asegurar que la confidencialidad de la información divulgada se mantendrá.

Firma del paciente o de su representante_____
Fecha_____
Relación con el paciente

TENGA PRESENTE: Si la petición es de parte del paciente, la tarifa que corresponde se determina en base al tipo de formato que toma el expediente; es decir si se divulga en forma impresa o por medio electrónico. El costo por los registros proporcionados por medio electrónico (en disco compacto o por correo electrónico) es de \$6.50. El costo del registro médico impreso se calcula por cada página. No hay costo alguno por enviar el registro médico directamente a médicos u otros profesionales de la salud, a excepción de las películas radiográficas, por las cuales se cobra \$3.00 por cada hoja radiográfica. No se cobra por la radiografía proporcionada en disco compacto. Le informamos que Holy Cross Health ha contratado con la compañía MRO para el manejo de la divulgación de la información médica.