

SILVER CROSS HOSPITAL

AUTHORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

AUTHORIZATION FOR USE & DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

PATIENT LABEL

Yo por medio del presente autorizo a Silver Cross Hospital
a recibir y/o a divulgar información referente a la historia médica de:

Receipt Number _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguridad Social _____

Domiciliado en _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

No. de Teléfono () _____ Fechas de Tratamiento _____

Número del Archivo Médico _____ Número de Vista _____

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:

- ___ historia médica completa (cada página)
- ___ extracto de historia (incluye los siguientes informes)
 - ___ resumen de la descarga
 - ___ informe operativo
 - ___ informe de cardiología
 - ___ órdenes del médico
 - ___ notas de doctor
 - ___ notas de enfermera
 - ___ historia de medicamentos
 - ___ Otro (estipule) _____
- ___ historia y físico de rutina
- ___ informe de patología
- ___ otros resultados de pruebas
- ___ sala de emergencia
- ___ informe de pruebas de laboratorio
- ___ resumen de OT/PT
- ___ consultas
- ___ informe de radiología
- ___ historia de inmunización

Entiendo que la información contenida en mi historia médica pueda incluir información referente a una enfermedad sexualmente transmitida, síndrome adquirido de inmunodeficiencia (SIDA), o el virus humano de la inmunodeficiencia (VIH), si cualquiera de ellas existe en mi historia médica. También pueda incluir información referente a servicios rendidos para el tratamiento de desórdenes de conducta o de salud mental, y tratamiento para el abuso de alcohol o drogas.

Esta información se puede divulgar a y ser usado por el siguiente individuo u organización:

Dirección: _____

para el siguiente propósito: _____
(e.g. tratamiento adicional, reclamo de seguro, investigación de abogado, a petición del individuo, para uso personal, etc.)

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una declaración escrita al HIM/Medical Records Department (Departamento de Archivos Médicos). Entiendo que dicha revocación no aplicará en la medida que la información ya haya procedido en consecuencia con base en esta autorización.

Esta autorización vence el:

(Si dejo de estipular una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en noventa (90) días.)

Entiendo que la divulgación de esta información se hace voluntariamente. Yo puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que si me niego a firmar esta autorización, el hospital no me puede negar a tratar ni puede negar a entregar demandas para tratamiento a mi plan de salud. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar una copia de la información que será usada conforme a esta autorización. Entiendo que una vez recibida por la persona o la organización autorizada, esta información se puede volver a ser divulgada y puede ser que no sea protegida más por las leyes federales de confidencialidad:

Por medio del presente autorizo el uso y divulgación que se expresa arriba.

Firma del Paciente o Representante Legalmente Autorizado Fecha Hora

Nombre del Representante Legal (Usar letra de molde) La Relación del Representante al Paciente # de páginas divulgadas

Firma de Testigo Fecha Hora Divulgada por

