

Document Type: Request for ROI



ROI001

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA (Release of Medical Information)

Methodist Hospital, Methodist Women's Hospital y Methodist Jennie Edmundson



Nombre del Paciente _____ No. de Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____ (Nombre de soltera / Nombre Previo)

Yo, como firmante, autorizo y solicito que _____ (Nombre del Doctor o Proveedor de Atención Médica)

divulgue a _____ (tercer pagador, otra persona u organización)

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

la información de mi expediente médico acerca de la atención y el tratamiento que recibí en: _____ (Fecha del Tratamiento)

- *Abuso de Drogas o Alcohol, *Tratamiento para Salud Mental, *Información acerca de VIH/SIDA, Cuidado agudo en el Hospital, Otra (favor de especificar)

*Entiendo que se protegerá la confidencialidad de estos expedientes en cumplimiento con las leyes estatales y/o federales. No se divulgará ninguna información sin mi consentimiento por escrito a menos que sea permitido por orden jurídica o a empleados de servicios médicos en caso de una emergencia médica o programas de investigación/monitoreo.

Propósito: Marque la caja apropiada con una "X" para indicar la razón por la cual se solicita el expediente:

- Cuidado Continuo, Abogado, Personal, Compensación al Trabajador, A solicitud del individuo, otro (especificar)

Se puede divulgar lo siguiente:

- Resumen de Dada de Alta, Historia clínica y Examen Físico, Consultas, Informe Operativo, Informe de Parto, Documento de continuidad de atención, Informe de la Sala de Emergencia, Informe de Anestesia, Órdenes del Doctor/Apuntes de Progreso, Informes de Patología, Informes de Laboratorio, Informes de Radiología, Electrocardiogramas, Apuntes de enfermería, Correo Electrónico, Instrucciones de salida, Historial Social, Apuntes de Terapia de Rehabilitación, Hojas de evaluación de enfermería, Expediente Completo

Esta autorización estará vigente hasta _____, o por 365 días a partir de la fecha en que se firmó, según el plazo que sea más largo. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de notificación por escrito al Director de la Administración de Información Médica del proveedor de servicios que efectúa la divulgación, a menos que ya se haya tomado alguna acción basada en ella.

Este formulario no autoriza otras divulgaciones de información médica fuera de los límites de este consentimiento. Donde se haya divulgado información de registros protegidos por la federal acerca de abuso de alcohol/drogas o por ley estatal para informes acerca de salud mental y SIDA, los requisitos federales (42 C.F.R Part 2) prohíben divulgaciones adicionales sin el consentimiento específico por escrito del paciente, o en la medida que lo permita dicha ley y/o reglamentos.

Certifico que he recibido una copia de esta autorización.

(Signature of Patient or Patient's Authorized Representative) (Firma del Paciente o Representante Autorizado del Paciente)

(Date & Time) (Fecha & Hora)

Relationship of Authorized Representative Relación del Representante Autorizado

Reason if signed by other than patient Razón si no ha firmado el paciente

Patient Label