

**Autorización del Paciente  
para la Divulgación de Información Médica**

Nombre del paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Dirección: _____		Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____		Apellido anterior/de soltera: _____	

Solicito que Nebraska Methodist Health System (NMHS) o alguna de sus afiliadas  divulgue información o  la obtenga de la institución a continuación:

Nombre del destinatario de mi información: <u>GeneMatters</u>			
Dirección: <u>1015 Glenwood Ave</u>		Ciudad: <u>Minneapolis</u>	Estado: <u>MN</u> Código postal: <u>55405</u>
Teléfono/Fax: <u>1-866-741-5331</u>		Email: _____	

**Para empleados solamente:**  Acceso a todos los registros médicos electrónicos del NMHS por miembro de la familia empleado (solo consulta)

**Expedientes divulgados por:**

Hospital  Clínica  Ambos

La información que se debe divulgar se refiere a la(s) fecha(s) de atención/tratamiento: \_\_\_\_\_

**O BIEN Intervalo de fechas:** Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Historial de emergencias	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Visitas al consultorio médico
<input checked="" type="checkbox"/> Registro médico completo	<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos
<input type="checkbox"/> Informe(s) quirúrgico(s)	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta (FT)/Terapeuta Ocupacional (TO)
<input type="checkbox"/> Resumen (resumen del alta, historial y exámenes físicos, informes de operaciones, consultas y resultados de pruebas)	<input type="checkbox"/> cartilla de vacunación	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Todos los encuentros/visitas con el Dr: \_\_\_\_\_

**Propósito de la divulgación:**

<input type="checkbox"/> Solicitud del individuo/personal	<input type="checkbox"/> Cambio de médico/Transferencia de atención médica	<input type="checkbox"/> Legal
<input type="checkbox"/> Derivación a un especialista	<input type="checkbox"/> Seguro – Tipo: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Otro <b>Genetic Counseling Referral</b>
<input type="checkbox"/> Atención continua	<input type="checkbox"/> Compensación del trabajador	

**Formato de Divulgación (papel por defecto)**  Correo postal  Fax  Correo electrónico (divulgación completa mediante el portal)  
 Formato electrónico (en CD por defecto)

Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información relacionada con salud mental, alcohol, drogas o sustancias abuso, enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humano (VIH) o trastornos relacionados con genes, lo que incluye pruebas genéticas. Usted está autorizado a divulgar toda la información relacionada con dicho diagnóstico, prueba y tratamiento, a menos que se excluya específicamente según se establece a continuación:

**Entiendo que al firmar este Formulario de autorización:**

- Las solicitudes de copias de los registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con los reglamentos federales y estatales.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y de debe presentar o enviar por correo al Departamento de Administración de Información Médica: Health Information Management Department, 8303 Dodge St. Omaha, NE 68114. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
- A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá al cabo de un (1) año desde fecha abajo indicada o en la siguiente fecha/evento/afección: \_\_\_\_\_
- El tratamiento, el pago, la inscripción y la elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a la firma de esta autorización.
- 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente, si corresponde

*Si corresponde, por favor adjunte la documentación legal, si fuera necesario, por ejemplo: Poder notarial, tutela. Representante personal*

**PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD**

Page 1 of 2

RELEASEOFINFO SP

Rev 08/2018

Información de contacto:

**Divulgación de información de la Methodist  
Physicians Clinic**

10060 Regency Cir.  
Omaha, NE 68114  
Tel.: 402-354-1494  
Fax N.º 402-354-1350  
roi@nmhs.org

Horarios de atención, de lunes a viernes, de  
8 a. m. a 5 p. m.

Cerrado desde el mediodía hasta 1:00 p. m.

**Nebraska Methodist Hospital**

8303 Dodge St.  
Omaha, NE 68114  
Tel.: 402-354-1460  
Fax N.º 402-815-9163  
nmhs.hospitalroi@nmhs.org

Horarios de atención, de lunes a viernes, de  
8 a. m. a 5 p. m.

**Methodist Jennie Edmundson**

933 E. Pierce St.  
Council Bluffs, IA  
Tel.: 402-354-1460  
Fax N.º 402-815-9163  
nmhs.hospitalroi@nmhs.org

Horarios de atención, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.

**For Office Use Only**

<b>Date Rcd:</b> _____	<b>Location:</b> _____
<b>MRN:</b> _____	<b>Pg. Count:</b> _____
<b>FIN#:</b> _____	<b>Released By:</b> _____
<b>Printed By:</b> _____	<b>Released Dt:</b> _____
<b>ID:</b> _____	