



### Autorización del Paciente para la Divulgación de Información Médica Patient Authorization for Disclosure of Health Information

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre anterior/de soltera: \_\_\_\_\_

**Autorizo la divulgación/entrega de mi información (la solicitud debe tener direcciones completas):**

<b>Para:</b> Nombre _____	<b>De:</b> Nombre _____
Dirección _____	Dirección _____
Ciudad/Estado/Código postal _____	Ciudad/Estado/Código postal _____
Phone/Fax _____ / _____	Phone/Fax _____ / _____

**Información que se divulgará/entregará:** Fecha(s) del servicio solicitada(s): Desde \_\_\_\_\_ (fecha) Hasta \_\_\_\_\_ (fecha).

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen (resumen del alta, historial y exámenes físicos, informes quirúrgicos, consultas y resultados de pruebas) | <input type="checkbox"/> Historial médico complete (no incluye registros de trastornos por uso de sustancias) | <input type="checkbox"/> Registros de trastornos por uso de sustancias                            |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria   | <input type="checkbox"/> Registros de salud mental/conductual (excluidas las notas de psicoterapia)           | <input type="checkbox"/> Todos  |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patología   | <input type="checkbox"/> Registros de enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA)               | <input type="checkbox"/> Solo los siguientes registros de trastornos por uso de sustancias: _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiología:<br><input type="checkbox"/> Informes<br><input type="checkbox"/> Imágenes (solo CD)                   | <input type="checkbox"/> Terapia física/Terapia ocupacional   | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos  |
| <input type="checkbox"/> Otra _____  | <input type="checkbox"/> Registros de vacunación  | <input type="checkbox"/> Expedientes del Departamento de Emergencias                              |
|  |   | <input type="checkbox"/> Registros de Facturación   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Registros de salud de los empleados                                      |

**El propósito para divulgar u obtener la información antes mencionada es:**

- Continuidad de la atención  Seguro médico/Facturación  Asuntos legales  Personal  Otro: \_\_\_\_\_

**Formato y método de entrega de la divulgación:**

- Electrónico (elige uno):  *Methodist My Care Portal*  Correo Electrónico Cifrado: \_\_\_\_\_  
 CD y/o  Papel  Otro: \_\_\_\_\_  
 Enviar por correo

**Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:**

- Las solicitudes de copias de los registros médicos están sujetas a costos de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales y estatales.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando un afiliado de NMHS ya haya actuado al amparo de la autorización. La autorización deberá hacerse por escrito ante el departamento de administración de información médica de la entidad que hace la divulgación. La dirección se encuentra en la página 2 (al reverso) de este formulario.
- A menos que se revoque de otra manera, esta autorización sigue siendo válida hasta su fecha de vencimiento/evento, pero no más de un (2) año. Fecha de vencimiento/evento: \_\_\_\_\_
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada, y la información pudiera no estar protegida por normas federales de confidencialidad.
- La información divulgada puede contener datos sobre abuso de alcohol o drogas, salud mental/de comportamiento, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH o servicios pagados de bolsillo.

**Prohibición en cuanto a la nueva divulgación de registros sobre trastornos por uso de sustancias:** Los registros sobre trastornos por uso de sustancias están protegidos por la ley federal. La Parte 2 del Título 42 del CFR prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros. A petición mía, tengo derecho a recibir una lista de las entidades que recibieron mi información sobre trastornos por uso de sustancias.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado / Patient or Authorized Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta / Printed Name

\_\_\_\_\_  
Fecha / Date

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente (si aplica) / Relationship to Patient (if applicable)

**Esperar un mínimo de tres días hábiles para procesarse después de recibir la solicitud.**

**PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD**