



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):

Para: Nombre _____ **De:** 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).

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

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 realizarse por escrito al departamento de gestión de información sanitaria:
Nebraska Methodist Health System
Attention: HIM Department
825 South 169th Street
Omaha, NE 68118
- A menos que se revoque de otra manera, esta autorización sigue siendo válida hasta su fecha de vencimiento/evento, pero no más de dos (2) años. 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

RELEASEOFINFSP
Rev. 9/2024