

# Autorización de divulgación de información



An Affiliate of UnityPoint Health

## Departamento de administración de información de salud

Número de teléfono: 641-774-3229 Número de fax: 641-774-8087

**¡IMPORTANTE! Asegúrese de que todos los espacios en blanco estén completados. De lo contrario, podría impedir o retrasar el procesamiento.**

<b>INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE</b>	Nombre del paciente _____ Apellidos de soltera/anteriores _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Fecha de nacimiento _____ Número de seguridad social _____ Número de teléfono _____ Número de móvil _____
<b>PROVEEDOR/CENTRO</b> (Autorizo a este proveedor/centro a divulgar mi información)	Nombre del proveedor _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono _____ Número de fax _____
<b>DIVULGAR A</b> (Dónde quiere que se envíe la información)	Nombre del proveedor _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono _____ Número de fax _____
<b>INFORMACIÓN/REGISTROS A DIVULGAR</b>	Fechas de servicio _____ _____ Notas clínicas _____ Registros de vacunación _____ Antecedentes médicos y exámenes físicos _____ Resultados de laboratorio/rayos X _____ Informe operativo _____ Resumen del alta _____ Electrocardiograma _____ Lista de medicamentos _____ Otros _____
<b>OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN</b>	_____ Atención continua _____ Solicitud del paciente _____ Administración del Seguro Social/Discapacidad _____ Legales _____ Otros _____
<b>FORMATO SOLICITADO</b>	_____ Papel _____ CD (protegido con contraseña)
<b>CÓMO LE GUSTARÍA RECIBIR SUS REGISTROS</b>	_____ Correo _____ Fax _____ Recogida por parte del paciente
<b>DIVULGACIÓN ESPECIAL</b> AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA LEY ESTATAL O FEDERAL	<p><b>Autorizo la divulgación de la información que se indica a continuación, que requiere un consentimiento específico bajo la ley federal. Marque todas las respuestas que correspondan.</b></p> _____ Abuso de alcohol/sustancias _____ Información sobre HIV/SIDA _____ Evaluación/tratamiento de salud mental Firma del paciente o representante autorizado _____ Relación (si no es el paciente) _____
<p><b>Esta autorización es efectiva durante _____ meses pero no más de 1 año a partir de la fecha de firma. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en función de ella, mediante notificación por escrito al Health Information Management Department (Departamento de administración de información de salud) del Lucas County Health Center. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización como condición para el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios. Entiendo que puedo inspeccionar y/o hacer una copia de la información divulgada. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y, si se vuelve a divulgar, la información ya no estaría protegida por la regla federal de privacidad. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización completado.</b></p>	

Esta información ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben efectuar cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida mediante consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para estos fines. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con trastornos de abuso de alcohol o drogas.

**Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este formulario de autorización.**

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta Relación con el paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

**Solo para uso interno:**

Número de registro médico \_\_\_\_\_ Solicitud completada por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_