



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

1. Por la presente autorizo a Marshall Medical Centers a divulgar la siguiente información de los registros de salud de:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____ - _____ - _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ TELÉFONO: _____
 HABLA A: _____

Cubriendo el período de atención médica:

DESDE (fecha): _____ PARA (fecha): _____

2. Información a revelar:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> historia y físico | <input type="checkbox"/> informe de urgencias | <input type="checkbox"/> resumen de alta | <input type="checkbox"/> informes de consulta |
| <input type="checkbox"/> notas de progreso | <input type="checkbox"/> ordenes medicas | <input type="checkbox"/> informes operativos | <input type="checkbox"/> EKG |
| <input type="checkbox"/> fotografías, cintas de video, imágenes digitales u otras | <input type="checkbox"/> registro de anestesia | <input type="checkbox"/> informes médicos completos | |
| <input type="checkbox"/> registro prenatal | <input type="checkbox"/> registro de anestesia | <input type="checkbox"/> resumen de alta | <input type="checkbox"/> informes de consulta |
| <input type="checkbox"/> X-rays: <input type="checkbox"/> CT Scan <input type="checkbox"/> MRI | | <input type="checkbox"/> Ultrasonido | <input type="checkbox"/> Mamografía |
| <input type="checkbox"/> Ultrasonido | <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear | <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear | <input type="checkbox"/> Procedimiento Especial |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| (por favor especifique) _____ | | (por favor especifique) _____ | |

Si corresponde, también doy permiso para que se divulgue lo siguiente (**por favor escriba sus iniciales**):

- _____ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS) o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)
- _____ Servicios de salud conductual/atención psiquiátrica
- _____ Tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas

3. Esta información debe ser divulgada a (si es usted mismo, escriba "yo") _____ con el propósito de (¿por qué necesita estos registros?) _____.
4. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de Manejo de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza. A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____.
Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en 60 días.
5. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el oficial de privacidad en la extensión 6638.
6. La instalación, sus empleados, funcionarios y médicos quedan liberados de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente firmado:

(Paciente)		(Fecha)
o (Representante Legal)	(Relación con el paciente)	(Fecha)
(Firma del testigo)	(Relación con el paciente)	(Fecha)

ID del paciente: _____