

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN
DE REGISTROS DEL PACIENTE**

**Se deben completar todas las secciones.
Utilice LETRA IMPRENTA (a excepción de la firma).**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección del paciente: _____
Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____ Nro. telefónico: _____

1. Autorizo al Hospital Universitario a divulgar mis registros médicos a: (Deseo que se envíen mis registros a:)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____ Nro. telefónico: _____

2. Esta autorización se limita a las siguientes fechas de tratamiento:

DESDE: _____ HASTA: _____

Si desconoce las fechas exactas, proporcione un marco de tiempo aproximado.

3. Información a divulgar: (¿Qué registros desea?)

- Registro de Sala de Emergencias Informe(s) de laboratorio Registro médico completo (todas las páginas)
 Notas clínicas Informe(s) de radiología Placas/Imágenes radiológicas
 Extracto/Resumen del hospital Informe(s) operativo(s) Informe(s) de Servicios Médicos de Emergencia/Ambulancia
 Otro: _____

4. Propósito de la divulgación: Atención médica Cuestiones legales Seguros Cuestiones personales Otro: _____

5. ¿Cómo desearía que se envíen sus registros?

En papel (Envío a domicilio o Retiro en persona) Fax al doctor (Nro. de fax: _____)

Electrónico - Seleccione una opción:

Correo electrónico seguro (indique dirección de correo electrónico): _____

CD

Enviar a mi cuenta UH MyChart

6. Entiendo que la información a divulgar incluye mi identidad, diagnóstico y tratamiento, incluidos ALCOHOL, DROGAS, EXÁMENES GENÉTICOS, SERVICIOS CONDUCTUALES O DE SALUD MENTAL, DERECHOS REPRODUCTIVOS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS O DE TRANSMISIÓN SEXUAL, e información sobre el SIDA y el VIH, según corresponda. Si desea que alguno de los datos mencionados arriba no sea divulgado, por favor indíquelo a continuación. De lo contrario, esta información se divulgará.

No autorizo la divulgación de lo siguiente: _____

7. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento mediante notificación escrita enviada al Director de Gestión de Información de Salud (Health Information Management) en la dirección antes mencionada, salvo en la medida en que el Hospital Universitario ya haya actuado en base a ella. De no haber sido previamente revocada, esta autorización expirará automáticamente un año después de la fecha de mi firma, a menos que yo, de lo contrario, especifique que esta autorización conservará su validez hasta la fecha escrita a continuación o en caso de producirse el siguiente hecho o condición: _____

8. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. La firma de este formulario no condiciona mi derecho a recibir un tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios. Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información a utilizar o divulgar, como se indica en el Inciso 164.524 del Código de Reglamentos Federales. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada, y la información podría ya no estar protegida por las leyes estatales y federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Departamento de Gestión de Información de Salud.

Firma del paciente o

Tutor legal / Representante autorizado: _____ Fecha: _____

Nombre en imprenta del Tutor legal / Representante autorizado: _____

Relación, en caso de no tratarse del paciente: _____

Si está firmado por el tutor legal/representante autorizado de un paciente, este formulario de autorización DEBE ir acompañado de documentación legal de respaldo.

Para uso exclusivo de la oficina:

Nro. de registro médico: _____ ID. de solicitud: _____