MERCYHEALTH

1ROI

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO
N.º de cuenta/historia clínica
Iniciales
Páginas
Fecha

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Complete todas las secciones en su totalidad. Si esta autorización no está completa, podría ser devuelta y provocar una demora en su procesamiento. Al momento de la solicitud y del retiro se exigirá la presentación de una identificación con fotografía.

Nombre del paciente:	**Fecha de nacimiento:**	**Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social:**	**N.º de teléfono:**

Entidad o persona que le solicita información de salud a Mercy Health Hospital o al consultorio del médico:
(Seleccione todas las opciones que correspondan)

☐ Mercy Regional Medical Center ☐ Mercy Allen Hospital ☐ Cancer Center ☐ HealthSpan

☐ Nombre del médico/consultorio:_____ ☐ Otro proveedor de atención médica:_____

Fechas del servicio a divulgar: (del): _____ (al):_____

Informes específicos a divulgar: (Seleccione todas las opciones que correspondan)

☐ Resumen del informe (resumen del alta, historia clínica y exploración física, informe quirúrgico, consultas, resultados de pruebas...)

☐ Visita al consultorio ☐ Informe del Departamento de emergencias ☐ Historia clínica y exploración física

☐ Informe quirúrgico ☐ Resumen del alta ☐ Registro de vacunas

☐ Resultados de pruebas (laboratorio, patología, radiología y pruebas cardíacas)

☐ Otro (imágenes, fotografías): _____

☐ Registro completo (estándar, dos años de información, a menos que se especifique lo contrario): _____

Formato seleccionado en caso de que los registros se retiren o se envíen por correo:
☐ Formato impreso ☐ Formato electrónico (CD)

Autorizo la divulgación de la información que se mencionó anteriormente a las siguientes personas u organizaciones:

Nombre: _____

Medio de divulgación de la información: (Marque uno)

☐ Enviar por correo postal al siguiente domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

☐ Enviar por fax al siguiente número: _____ (es posible que haya limitaciones respecto de las páginas)

☐ Lugar de retiro: _____

☐ Motivo de la divulgación: _____
(Continuación de la atención, seguro, legal, especifique). Para uso personal si no se especifica lo contrario.

- Entiendo y reconozco que la información de salud que se pide divulgar puede contener datos relacionados con enfermedades físicas y mentales, resultados de la prueba de detección o de diagnóstico del VIH, el tratamiento contra el SIDA/afecciones relacionadas con el SIDA o con el abuso de alcohol/drogas. Esta autorización no incluye la divulgación de las notas de psicoterapia (no incluidas en la historia clínica legal de Mercy Health; para esto se requiere una autorización por separado, ya que solo el proveedor/autor de las notas puede divulgarlas).
- Esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma que figura abajo, a menos que se especifique lo contrario.
- Entiendo y reconozco que tengo derecho a cancelar/revocar esta autorización escribiéndole al Administrador de información de la salud o a otro representante designado del centro a donde se envió la autorización. Esto no aplica para la información que ya se ha divulgado. Esto no aplica para la divulgación de información sobre tratamientos, operaciones o pagos a las compañías de seguro cuando la ley les otorga a las aseguradoras el derecho a objetar un reclamo según la póliza.
- Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es un acto voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento, a menos que el único propósito de recibir el tratamiento sea la divulgación de información para la cual es necesaria esta autorización. Entiendo que puedo revisar o copiar la información que se usará o divulgará, según lo establecen las reglamentaciones del gobierno federal, las cuales figuran en el Código de Reglamentaciones Federales de los Estados Unidos, en la sección 164.524. Entiendo que cualquier tipo de divulgación de información implica la posibilidad de que esta vuelva a divulgarse sin autorización, con lo cual, es posible que la información ya no esté protegida por las reglamentaciones federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el oficial de privacidad del centro en el cual he solicitado la información.
- **Si esta autorización no está completa, podría ser devuelta y provocar que la información no se divulgue hasta que se haya completado adecuadamente.**
- Es posible que se aplique un cargo por las copias de los registros.

_____ _____
Firma del paciente/representante legal del paciente Fecha

Relación con el paciente: _____ *(Se debe presentar documentación que respalde la autoridad)*

Testigo (opcional):_____