



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: (escriba en letra de imprenta) Número de Registro Medico _____

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nombre al momento del tratamiento (si es distinto al mencionado anteriormente): _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico (opcional): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Autorizo (PROVEEDOR/HOSPITAL/ORGANIZACION:) _____

Liberar / Obtener (circule uno) información de salud protegida de mi / mi hijo (a) , incluidas las copias de mi registro médico de atención, hacia / desde (circule uno) la (s) siguiente (s) persona (s) en la dirección / centro que se detalla a continuación.

Nombre de la persona/establecimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico (opcional): _____

Envíen/comuniquen mi información a través de: Correo electrónico CD Fax Papel Portal del paciente

Información a divulgar: (marque todos los puntos a divulgar):

Cobertura de los períodos de atención (indique las fechas correspondientes): _____

Indique los departamentos, proveedores (opcional): _____

- Historia clínica y exámenes físicos, consultas, informe administrativo, estudios de diagnóstico, resumen de alta, informe de emergencias **(Resumen hospitalario).**
- Todas las visitas al consultorio por cada división clínica, principales estudios de diagnóstico, informe de emergencias, informes administrativos **(Resumen de atención ambulatoria)**
- Resumen de alta Visitas de atención ambulatoria Informe administrativo Informe de estudios por imágenes
- Películas de estudios por imágenes Informes de laboratorio
- Otro (especifique): _____

Debe escribir sus iniciales para la divulgación de la siguiente documentación:

- _____ Notas de trabajo social de psiquiatría/psicología _____ Evaluación psicológica y resultados
- _____ Pruebas de genética _____ Informes de VIH/Informes de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- _____ Resultados de pruebas de detección de drogas y alcohol

Motivo de la divulgación (indique según lo requieren las reglamentaciones de la ley HIPAA):

- Continuación de la atención con otro médico/en otro hospital Transferencia de la atención Copia personal
- Otros _____

AUTORIZACIÓN:

1. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación a la organización originaria mencionada anteriormente por escrito.
2. Comprendo que mi revocación no afecta las divulgaciones hechas antes de que se reciba y procese la revocación.
3. Comprendo que la información divulgada podrá estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por las reglamentaciones de privacidad federales o estatales.
4. Tengo derecho a inspeccionar o copiar la información que será usada/divulgada conforme lo permiten las leyes federales.
5. Podré rehusarme a firmar esta autorización, que es estrictamente voluntaria.
6. Esta autorización vencerá 90 días después de su firma a menos que se indique lo contrario (insertar la fecha): _____
7. En el caso de que no firme este formulario, mi atención médica y el pago de la atención médica no se verán afectados.
8. Si esta autorización la origina el proveedor, recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.

Firma del paciente /Representante legal: _____ **Fecha:** _____

Paciente/Representante Legal (nombre en letra de imprenta): _____ **Relación con el paciente:** _____

AVISO: En cumplimiento con las leyes federales y estatales, se podrán aplicar cargos en relación con esta solicitud.

Por copia personal, CD/Fax/Correo electrónico/Papel: \$6.50, más el impuesto a las ventas y el costo del correo aplicables.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Indicaciones para completar el formulario:

- Complete el nombre del paciente, el nombre al momento del tratamiento (si es diferente), la fecha de nacimiento, el teléfono, el correo electrónico y el domicilio.
- DIVULGAR/OBTENER historias clínicas: Indicar el establecimiento/la persona a quien deben ser divulgados los informes.
- Información a divulgar:**
 - Indicar las fechas del servicio, si corresponde.
 - Indicar los departamentos/los proveedores, si corresponde.
 - Identifique los informes que solicita.
 - Debe escribir sus iniciales para la divulgación de la siguiente documentación: Solo recibirá copias de estos tipos de informes si escribe sus iniciales.
- Motivos de la divulgación – Indique por qué solicita estos informes.
- Firmas: revise la sección Autorización, firme y escriba en letra de imprenta su nombre, indique la fecha y su relación con el paciente (si el paciente es mayor de 18 años, debe firmar la Autorización).
 - NOTA: La Autorización vencerá 90 días después de su firma, a menos que se especifique lo contrario (*consulte el N.º6, autorización*).

Portal del Paciente My Nemours:

Puede registrarse para **My Nemours**, un sitio web seguro, confidencial y fácil de usar, que brinda a los pacientes y las familias acceso las 24 horas a partes seleccionadas de sus historias clínicas. Este programa gratuito está diseñado para ayudar a los pacientes y las familias a gestionar y recibir información médica importante fácilmente. Para los primeros pasos, o para conocer más información sobre MyNemours, visite www.Nemours.org/mynemours, o llame al 877-696-3668, lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Clave: VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual