

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

PATIENT NAME: _____
AGE: _____ DOB: _____ SEX: _____
PATIENT LABEL
MEDICAL RECORD # _____
ACCOUNT # _____

Por este medio autorizo a _____ a divulgar la información
MÉDICO / CENTRO DE SALUD
especificada a continuación con relación al siguiente período de servicios: _____
MES / AÑO DE TRATAMIENTO

Nombre del paciente: _____
Domicilio: _____
CALLE / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL

Fecha de nacimiento: _____ Núm. de seguro social: _____ Teléfono: _____

Se divulgará a: _____ con el fin
CENTRO / PERSONA QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN
de _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SERÁ DIVULGADA:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoja de información general del paciente/historia clínica | <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas sobre el tratamiento respiratorio |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación/ Información financiera | <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos | <input type="checkbox"/> Notas de evolución |
| <input type="checkbox"/> Reporte de consultas | <input type="checkbox"/> Notas de enfermería | <input type="checkbox"/> Registro de fisioterapia/terapia de rehabilitación/ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta médica | <input type="checkbox"/> Reporte de operaciones | <input type="checkbox"/> Reportes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Registro del Departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> Registro de paciente ambulatorio | <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Instrucciones del médico | |

Entiendo que al divulgar la información seleccionada arriba, ésta podría estar sujeta a divulgación posterior por parte del receptor de la información. Baptist Health System no se responsabilizará si esta información se vuelve a divulgar. Los registros que se entregarán o revisarán incluyen información referente a mi historia clínica y el tratamiento, los exámenes o la hospitalización, incluyendo, entre otros, toda información relacionada con los estudios, el diagnóstico y el tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o trastornos asociados, si hubiera. Yo, el abajo firmante, entiendo que esta información podría incluir la referencia a tratamiento psiquiátrico o estudios, evaluación o tratamiento por abuso de sustancias. Se exime de responsabilidad al hospital, los empleados y al médico por la divulgación de estos registros.

IMPORTANTE — Si el paciente fallece, marque una de las casillas a continuación:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soy el administrador/albacea del difunto y he incluido las cartas testamentarias. | <input type="checkbox"/> El tribunal no designó a ningún administrador/ albacea y soy el pariente más cercano. |
|--|--|

ESPECIFIQUE LA RELACIÓN CON EL DIFUNTO

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

HORA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL ASIGNADO DEL PACIENTE (SI CORRESPONDE)

FECHA

HORA

RELACIÓN CON EL PACIENTE (SI CORRESPONDE)

Usted ha recibido esta información de los registros en donde la confidencialidad está protegida por la ley federal. Los reglamentos federales (parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales) prohíben la divulgación posterior de esta información sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien le pertenece dicha información o según lo permitan dichos reglamentos. Una fotocopia tendrá el mismo efecto que el original.

Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento con excepción y hasta el grado en que ya se haya actuado al respecto. Todas las peticiones de revocación deberán hacerse por escrito al Departamento de Administración de Información de Salud. Esta autorización vencerá una vez que esta información se haya divulgado para el fin mencionado arriba ó a los 180 días (seis meses) de la fecha de la firma, lo que ocurra primero.

Uso interno exclusivo: Registros revisados Copias entregadas