



Autorización para divulgación de información médica protegida

N.º de historia clínica

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Teléfono:
SECCIÓN B: DESTINATARIO DE LA DIVULGACIÓN	
Nombre del destinatario:	Fax:
Dirección:	
Teléfono:	A la atención de:
<p>Por la presente, autorizo y solicito (marque la casilla siguiente) que divulgue información relacionada con el tratamiento realizado en:</p> <p> <input type="checkbox"/> Campus Margaret H. Rollins <input type="checkbox"/> Centro Oncológico Tunnell <input type="checkbox"/> Atención domiciliaria <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Atención sin cita previa <input type="checkbox"/> Beebe Medical Group (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Campus de Salud de la Costa Sur <input type="checkbox"/> Campus Abessinio <input type="checkbox"/> Otro: _____ </p> <p>Fecha del tratamiento (especifique): _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Resumen (hoja informativa, antecedentes y examen físico, nota de Emergencias, resumen de alta, consulta, resultados de estudios, nota de cirugía) <input type="checkbox"/> Informe de consulta <input type="checkbox"/> Registro de facturación <input type="checkbox"/> Registros de Oncología: _____ <input type="checkbox"/> Examen cardíaco _____ <input type="checkbox"/> Imágenes (Radiología Cardiología) <input type="checkbox"/> Muestras/informes de Patología <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de Radiología <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos <input type="checkbox"/> Notas del consultorio <input type="checkbox"/> Registro de sala de emergencias <input type="checkbox"/> Informe de cirugía/procedimiento <input type="checkbox"/> Vacunas/exámenes en consultorio <input type="checkbox"/> Otro _____ </p> <p style="text-align: center;">Instrucciones especiales:</p> <p>Autorizo específicamente el uso o la divulgación de la siguiente información confidencial relacionada con salud mental y conductual, pruebas genéticas, VIH/SIDA, diagnóstico/tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, consumo de drogas y alcohol y su tratamiento, y cualquier problema de salud reproductiva, según se indique en los siguientes casilleros:</p> <p> <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Drogas o alcohol <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Salud reproductiva </p>	
SECCIÓN C: FINALIDAD	
<input type="checkbox"/> Continuidad de atención <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____	
SECCIÓN D: TIPO DE ENTREGA Y FORMATO	
<input type="checkbox"/> Impreso <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> Portal para pacientes <input type="checkbox"/> *Correo electrónico cifrado (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Punto de recolección <input type="checkbox"/> Correo
<p><i>*Nota: La opción del correo electrónico cifrado implica cierto riesgo para usted. Atención Médica de Beebe no se responsabiliza por el acceso no autorizado a la información médica protegida que se envíe de esta manera ni por los riesgos que pudiera correr su computadora o dispositivo al recibir esta información por correo electrónico.</i></p>	
SECCIÓN E: ACEPTACIÓN Y CONSENTIMIENTO	
<p>Comprendo que esta autorización tiene una validez de seis meses a partir de la fecha de firma, a menos que se indique una fecha específica a continuación: _____</p> <p>Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y enviarse por correo a: Health Information Management, 424 Savannah Road, Lewes, DE 19958 a la atención de HIM Director.</p> <p>Comprendo que Atención Médica de Beebe no puede garantizar que el destinatario identificado no divulgue la información a un tercero y, por lo tanto, no aplicará la protección de las normas de privacidad.</p> <p>Comprendo que, si me niego a firmar esta autorización, mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para acceder a beneficios de atención médica no se verán afectados en forma alguna por parte de Atención Médica de Beebe.</p> <p>Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.</p> <p>Comprendo que tengo derecho a revisar o recibir una copia de la información médica y que, en la medida en que las leyes aplicables lo permitan, es probable que deba pagar una tarifa razonable por las copias de los registros médicos que reciba.</p>	
Firma del paciente:	Fecha:
Firma del representante personal:	Fecha:
<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Representante de atención médica <input type="checkbox"/> Padre/madre de acogida <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Las leyes del estado establecen que se requiere la firma de un menor de edad de 12 años o más para la divulgación de registros médicos confidenciales de dicho paciente.



ADM0101