

Authorization for Release of Information -
Spanish
Page 1 of 1



Place Patient Label
Inside This Box

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO:

Escriba de manera legible y complete todas las secciones, incluida la firma del testigo (número de seguro social opcional)

Regrese el formulario lleno y firmado a: Health Information Management, ROI PO Box 3000, Pinehurst, NC 28374

Por favor, complete todas las áreas del formulario incluyendo firma, fecha y hora

PARTE A

Nombre del(de la) Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Historia Clínica: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Teléfono: _____ Nro. de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____ Correo electrónico: _____

PARTE B: PERSONA O INSTITUCIÓN QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (Seleccione una)

Yo mismo(a) (Esta información es igual a la presentada más arriba) Otra persona/institución:

Nombre de la persona o Institución: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

PARTE C: INFORMACIÓN A DIVULGAR (Marque todas las opciones que correspondan)

Fecha(s) de Tratamiento: Desde: _____ hasta _____ (Por favor, sea específico(a))

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abstracto/Resumen (Resumen de Alta, Notas Operativas/sobre los Procedimientos, Patología, Laboratorio. Notas del Departamento de Emergencia, Visitas Clínicas, Consultas). | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Registro del Departamento de Emergencia |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y Examen Físico | <input type="checkbox"/> Informe de la Consulta | <input type="checkbox"/> Informes de Patología |
| <input type="checkbox"/> Informe Operativo | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología | <input type="checkbox"/> Notas de la Clínica |
| <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Entiendo que la información a divulgar puede incluir referencias a información sensible relacionada con salud mental y conductual, pruebas genéticas, VIH/SIDA u otra enfermedad transmisible, y consumo de drogas o de alcohol. Específicamente apruebo que se divulgue la siguiente información que ha sido identificada como sensible y/o restringida (marque todas las opciones que correspondan):

Salud Mental y Conductual Trastorno por Consumo de alcohol y/o Drogas Diagnóstico de SIDA y/o VIH Notas de Psicoterapia

Lugar del Tratamiento:

Moore Regional Hospital Moore Regional Hoke Campus Moore Regional Richmond Campus Montgomery Memorial Hospital
Clínica (Proveedor específico/Clínica) _____ Otro: _____

PARTE D: OBJETIVO DE LA SOLICITUD: Personal Legal Seguro Continuación del Cuidado Otro: _____

PARTE E: FORMATO Y ENTREGA DE LA INFORMACIÓN

Formato (seleccione solo uno) Electrónico (MyChart) CD Papel Fax (**SOLO para los Proveedores de Atención de la Salud**)

Método de Entrega (seleccione solo uno para CD o formato de papel) Correo Postal Recoger en Persona: Nombre: _____

PARTE F: REVISIÓN Y APROBACIÓN

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento o el pago de la atención de mi salud. Esta autorización deja de ser válida (180 días) después de la fecha de la firma o en cualquier momento en que Yo, como paciente, tutor o representante legal presente una solicitud específica por escrito ante la institución antes mencionada para revocar la autorización. Dicha revocación regirá salvo en el caso de que la institución ya haya utilizado o divulgado la información en base a esta autorización. Entiendo que la información divulgada en cumplimiento de lo establecido por esta autorización podrá ser re-divulgada por el destinatario y ya no podrá quedar protegida por la ley federal de privacidad.

Los registros de consumo de alcohol y de sustancias ilegales se encuentran protegidos por las Normas Federales de Confidencialidad (42 CFR parte 2). Las Normas Federales prohíben toda divulgación de dichos registros a menos que su divulgación adicional se encuentre expresamente permitido por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o, de otra forma, esté permitido por lo que se establece en 42 CFR Parte 2. Una autorización general para difundir información médica o de otro tipo no es suficiente para la re-divulgación de los registros protegidos. Las Normas Federales también restringen todo uso de la información para realizar una investigación o llevar a juicio penal a cualquier paciente por consumo de alcohol o sustancias ilegales.

Firma del(de la) Paciente/** Persona Autorizada para Firmar

Fecha:

Hora:

Firma del Testigo:

Fecha:

Hora:

Si usted no es el(la) paciente o padre/madre de un paciente menor, DEBE adjuntar documentación que le autorice a actuar en nombre del(de la) paciente (es decir, un Poder Legal, Orden de la Corte, Documentación de Representante Legal, Albacea/Administrador).

***** LA SIGUIENTE SECCIÓN DEBE COMPLETARSE SIEMPRE QUE EL PACIENTE NO PUEDA FIRMAR POR SI MISMO(A) PARA PERMITIR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA.**

El(la) paciente no puede autorizar que se divulguen sus registros/información debido a lo siguiente (marque una opción):

- El(la) paciente es menor, El(la) paciente no se encuentra en pleno uso de sus capacidades mentales,
 El(la) paciente presenta una discapacidad física que le prohíbe firmar o
 Fallecido(a)/Otro (indicar, con claridad, otra razón, si la hubiera) _____

NOTA: Si el(la) paciente ha fallecido, solo el albacea y/o administrador del estado o familiar cercano puede autorizar la divulgación de las copias de los registros médicos. Es necesario presentar la documentación que refleje la autoridad legal de la persona para firmar la divulgación de los registros.