

Información del paciente

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
 Apellido de soltera u otros nombres usados _____ Número de Seguro Social: XXX-XX- _____ (últimos 4 dígitos)
 Dirección _____
 Teléfono # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Liberar información del/la

Nombre del Hospital/Clínica: _____
 Dirección _____
 Teléfono # _____ FAX # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Enviar a

Nombre del receptor: _____
 Dirección _____
 Teléfono # _____ FAX # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Propósito
Fecha(s) de divulgación de la información

Continuación del cuidado Seguro/WC Legal
 Personal Otro (Especificar _____)

Fecha(s) de servicio desde _____ al _____

Información para divulgar/acceder

Deseo copias de ítems marcados a continuación para las fechas de tratamiento indicadas

SOLO lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Informe de urgencias	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	<input type="checkbox"/> CD/imagen: (IRM/TC/Rayos X/Ultrasonidos)
<input type="checkbox"/> Informe de cirugía	<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Informe de imagen
<input type="checkbox"/> Visita Clínica	<input type="checkbox"/> Informes de facturación	<input type="checkbox"/> Estudios Cardiacos/EKG	
<input type="checkbox"/> Historial médico completo (Historial médico legal)		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Informe médico pertinente-(Predeterminado para solicitudes de pacientes: Resumen del alta, H&P, Informe quirúrgico, Informe de urgencias, Consulta)			

➤ **Entiendo que la siguiente información será divulgada a menos que indique lo contrario, marcando la casilla significa que NO autorizo la divulgación de la siguiente información:** Pruebas genéticas VIH Salud mental Tratamiento por trastornos del consumo de sustancias

Formato de divulgación/acceso

Deseo copias de ítems marcados arriba en el siguiente formato: (Formato papel-Correo es predeterminado si no está marcado)

Formato de papel- Correo de USA CD USB Fax(Solo los médicos) Otro: _____
 Formato de papel-Recoger Revisión solamente Correo electrónico encriptado a:

Entiendo que

Sin mi revocación expresa, esta autorización expirará automáticamente a los 180 días de la fecha firmada a continuación, a menos que se especifique aquí un evento diferente: _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento presentando la solicitud de revocación al Departamento de Administración de Información Médica o por correo electrónico a HIM@BCH.org, excepto hasta el punto en que ya se hayan tomado medidas para cumplirla. La información divulgada en virtud de la autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por la legislación federal o estatal aplicable. Entiendo que si esta autorización es firmada para propósitos de alineación de Trastorno de Uso de Sustancias con HIPAA Tratamiento, Pago y usos y divulgaciones de operaciones de cuidado de salud, la información puede ser divulgada nuevamente de acuerdo con HIPAA, excepto para usos y divulgaciones para procedimientos civiles, criminales, administrativos y legislativos en contra del paciente.

Entiendo que el BCH no puede negarme tratamiento si me niego a firmar esta autorización, a menos que esta autorización sea necesaria para participar en un estudio de investigación, para recibir Tratamiento para Trastornos por Uso de Sustancias o si el tratamiento proporcionado va a ser únicamente con el propósito de crear información de salud protegida para ser divulgada a la parte mencionada en esta autorización. El tratamiento, Pago, Inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no pueden estar condicionados a que yo firme esta autorización. Entiendo que si se me pide que firme esta autorización, tengo derecho a recibir una copia de la autorización y se me ha otorgado la oportunidad de recibir una copia. Como así mismo se me ha informado de que esta autorización firmada también está disponible en el portal del paciente.

Firma del paciente/Guardian/Representante personal

Relación

Fecha

Nombre, dirección y número de teléfono en letra de IMPRENTA del representante personal