

**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:

☐ Informe de urgencias ☐ Resumen del alta ☐ Historial y examen físico ☐ CD/imagen: \_\_\_\_\_  
☐ Informe de cirugía ☐ Consulta ☐ Laboratorio (IRM/TC/Rayos X/Ultrasonidos)  
☐ Visita Clínica ☐ Informes de facturación ☐ Estudios Cardiacos/EKG ☐ Informe de imagen  
☐ Historial médico completo (Historial médico legal) ☐ Otro: \_\_\_\_\_  
☐ 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