

Nombre del paciente _____
(En letra de imprenta) Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social (últimos cuatro dígitos) _____
Dirección (calle y número) _____ Número de teléfono (_____) _____

Correo electrónico _____

Ciudad, estado, código postal _____

Centro(s)/Establecimiento _____
Fecha(s) de tratamiento _____

Divulgar la información médica al siguiente destinatario: ☐ A mi persona: véase la información antes indicada

Nombre de la persona u organización _____ N.º de teléfono _____

Dirección _____ N.º de fax _____

Motivo de la divulgación ☐ Continuidad de la atención ☐ Legal/Abogado ☐ Discapacidad ☐ Uso personal ☐ Otro _____

Descripción de la información que se divulgará:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Resumen pertinente (incluye todos los puntos marcados con *) | ☐ Hoja de datos del paciente | ☐ Fisioterapia |
| ☐ Formulario de admisión | ☐ /Información demográfica | ☐ Expediente completo |
| ☐ *Resumen del alta | ☐ Informes de laboratorio | ☐ Notas del médico |
| ☐ *Informe de la sala de emergencias | ☐ *Informe de radiología | ☐ Imágenes de radiología (en formato electrónico) |
| ☐ *Historia clínica y examen físico | ☐ *Informe de electrocardiograma | ☐ Otra _____ |
| ☐ *Informe de consulta | ☐ *Informe de patología | ☐ _____ |
| ☐ *Informe quirúrgico | ☐ *Informe de cateterismo cardíaco | |

Yo, el abajo firmante, autorizo a _____ (la institución que efectúa la divulgación) y sus empleados a divulgar información de mi expediente médico como se describió anteriormente. Entiendo y acepto que el expediente médico puede contener información sobre trastornos psiquiátricos; resultados de pruebas de detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y afecciones relacionadas con el SIDA; y dependencia o consumo excesivo de drogas o alcohol. También comprendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por la ley. Si no firmo esta autorización, es posible que mi información no se divulgue.

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, para revocarla, debo hacerlo por escrito y presentarla al Departamento de Gestión de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que se haya divulgado en respuesta a la presente autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi aseguradora si la ley le brinda a esta el derecho a impugnar una reclamación de conformidad con mi póliza. Salvo que se revoque, esta autorización caducará en la siguiente fecha, o por la siguiente circunstancia o condición: _____.

En caso de omitir la fecha de caducidad, una circunstancia o una condición, esta autorización quedará sin efecto en un año.

Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir los beneficios no estarán condicionados a que firme o no esta autorización.

Entiendo que pueden existir cargos por la copia y divulgación de la información, y acepto la responsabilidad financiera.

X _____ / _____ / _____
Firma del paciente o del representante legal** Fecha de la firma

Descripción de la autoridad del representante legal para actuar en nombre del paciente (si corresponde) ☐ El paciente no puede firmar

- ☐ Al firmar este formulario en calidad de representante legal del paciente, certifico que no existe ninguna orden judicial ni otra causa legal (como una decisión de arbitraje vinculante o un acuerdo definitivo de mediación) que me impida obtener una copia de los expedientes solicitados.

Si la firma no corresponde al paciente, deberá adjuntarse una copia de los documentos legales junto con esta autorización al momento de su presentación; se exceptúa de este requisito a los padres de menores de 18 años.