

REGISTROS MÉDICOS

| PH: (575) 396-6611 ext. 2754 |

| FAX: (575) 396-1674 |

Email Para: medicalrecordsgroup@nlgh.org



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

PARA: _____
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DIRECCIÓN ESTADO CÓDIGO POSTAL TELÉFONO / FAX

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Número de Seguro Social: (opcional) _____ Número de teléfono: _____

Información a ser divulgada - Cubre los períodos de la atención médica:

Desda (fecha): _____ hasta (fecha): _____ Desda (fecha): _____ hasta (fecha): _____

Marque el tipo de información a ser divulgada:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Todo el expediente médico | <input type="checkbox"/> Informe de patología | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico | <input type="checkbox"/> Informes sobre consultas | <input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Notas sobre la evolución |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de radiografías | <input type="checkbox"/> Placas/imágenes de rayos X | <input type="checkbox"/> Factura detallada |
| <input type="checkbox"/> Otro: (especifique) _____ | | | |

Propósito de la solicitud:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento o consulta | <input type="checkbox"/> A solicitud del paciente | <input type="checkbox"/> Pago de facturas o reclamos |
| <input type="checkbox"/> Otro: (especifique) _____ | | |

Persona autorizada a recibir la información:

Nombre: _____ N.º de teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____
Ciudad, Estado, Zip: _____

Divulgación de registros relativos al consumo de drogas o alcohol, o registros psiquiátricos o de VIH/SIDA:

Entiendo que si mis expedientes médicos o registros de facturación contienen información que hace referencia al consumo de drogas o alcohol, la atención psiquiátrica, una enfermedad de transmisión sexual, pruebas de hepatitis B o C u otra información sensible, acepto que sea divulgada.

Marque una opción: Si No _____ Iniciales

Entiendo que si mis expedientes médicos o registros de facturación contienen información que hace referencia a pruebas o tratamientos de VIH/SIDA, acepto que sea divulgada. Marque una opción: Si No _____ Iniciales

Plazo y derecho a revocar la autorización:

Salvo si se han tomado medidas en función de esta autorización, puedo revocar en cualquier momento esta autorización si presento una notificación por escrito al establecimiento. Nor-Lea General Hospital, 1600 North Main, Lovington, NM 88260. **A menos que sea revocada, esta autorización vencerá el siguiente día o evento.** _____

Nueva divulgación:

Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y no seguirá amparada bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996. Por el presente, el establecimiento, sus empleados, funcionarios y médicos quedan eximidos de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente.

Firma del paciente o representante personal que pueda solicitar la divulgación:

Autorizo al Distrito Hospitalario de Nor-Lea a usar y divulgar la información de salud protegida especificada anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Autoridad para firmar si no es el paciente: _____ Relación: _____

Identidad del solicitante verificada por medio de: Identificación con foto Firma que coincide Otro (especifique): _____

Verificado por: _____ Registros proporcionados: _____