

## REGISTROS MÉDICOS

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

| FAX: (575) 396-1674 |

Email Para: [medicalrecordsgroup@nlgh.org](mailto: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: \_\_\_\_\_