Autorización para divulgar información de salud

Método de divulgación: En la clínica ☐ Verbal ☐ CD ☐ Papel ☐ Fax (hasta 60 páginas) ☐

Información del paciente	Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono celular/de día: _____ Teléfono laboral: _____
De Indique el hospital, la clínica y el proveedor específico a quien quiere enviar la información	Nombre del proveedor o la clínica: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
Para Indique quién quiere que reciba la información	Nombre de la persona que recibe los registros: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de fax: _____ Teléfono de día: _____
Información Marque un elemento para divulgar	___ (**Últimas 3 consultas**) Resumen de atención reciente (incluir lista de medicamentos, lista de problemas de salud, historia clínica y examen físico, análisis de laboratorio, notas de consultas, etc. ___ (**Últimos 2 años**) Resumen de atención con lista de medicamentos, lista de problemas, lista de problemas de salud, historia clínica y examen físico, análisis de laboratorio, notas de consultas, etc. ___ Conjunto de registros **completo** (todos los registros) **El paciente debe escribir sus iniciales:** _____ ___ **(Últimos 2 años)** Radiografías odontológicas y/o resumen de atención Conjunto de registros odontológicos **completo** (todos): **Iniciales** _____ ___ Otro_____ (especifique)
Información confidencial Información confidencial inicial que desea divulgar (ambas casillas; **deben** tener las iniciales o **no** se incluirán)	_____ VIH/SIDA _____ Enfermedades de transmisión sexual _____ Abuso de sustancias _____ Cuidado de la salud mental/psiquiátrico _____ Visitas de trabajo social De conformidad con **42 U.S.C. 290dd-2** (g), las regulaciones en esta parte imponen restricciones sobre el uso y divulgación de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias ("registros", como se define en esta parte) que se mantienen en relación con el desempeño de, en su caso, la parte 2 del programa. Información específica a discutir o publicar Evaluaciones (Iniciales y fechas) _____ Notas de seguimiento/progreso (Iniciales y fechas) _____ Objetivos de tratamiento (Iniciales) _____ Asistencia a cita (Iniciales) _____ Coordinación de atención (Iniciales) _____ Otro (especifique) _____
Consentimiento del menor Información inicial que quiere publicar (**debe** tener las iniciales o **no** se incluirá)	**MENORES** (los menores entre 12 y 17 años de edad **deben** proporcionar sus iniciales para la divulgación: _____ Anticoncepción, embarazo (cualquier edad) _____ Pruebas de ETS _____ (13 años o más) _____ VIH/SIDA (incluida la prueba) (14 años o más) _____ Abuso de alcohol/drogas (13 años o más) _____ Salud mental/psiquiatría (13 años o más)

1. **La autorización tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha de la firma, excepto cuando usted escriba una fecha de vencimiento diferente a continuación: Fecha: _____**
2. **Mi tratamiento médico, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a que firme esta autorización.**
3. **Puedo revocar esta autorización por escrito y en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas con base en ella.**
4. **También entiendo que la información usada o entregada de conformidad con esta autorización puede volver a divulgarse y ya no estar protegida por las reglamentaciones federales.**
5. **Se cobra una tarifa por algunas copias de la información médica, que debe pagarse por adelantado.**

****** Al firmar, doy mi consentimiento para divulgar la información médica protegida.**

_____ _____ _____

Paciente **Firma en nombre del Paciente (Padre/madre, tutor o abogado - Se requiere prueba)** **Fecha**

AUTORIZACIÓN PARA REVOCAR DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: _____ _____

Firma del paciente Fecha

Solo para uso del personal (iniciales):
Verifiqué que todas las secciones estén completas: _____ Completé todas las acciones y envié los registros: _____