

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS (H-16.1)

**PARA SOLICITAR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA,
DEBE COMPLETAR Y FIRMAR ESTE FORMULARIO.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del paciente		Número de historia clínica	
Dirección		Fecha de nacimiento	

PROPÓSITO DEL FORMULARIO
<input type="checkbox"/> Estoy SOLICITANDO registros médicos de otra persona o entidad para que se envíen a Honor Community Health
<input type="checkbox"/> Autorizo y deseo que Honor Community Health ENVÍE mis registros médicos a otra persona o entidad.

REGISTROS MÉDICOS															
<p>Seleccione todos los documentos específicos que incluya su solicitud:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> TODOS los registros médicos</td> <td><input type="checkbox"/> Plan de atención</td> <td><input type="checkbox"/> Notas clínicas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consultas médicas</td> <td><input type="checkbox"/> Órdenes médicas</td> <td><input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informes de laboratorio</td> <td><input type="checkbox"/> Registro de medicamentos</td> <td><input type="checkbox"/> Informes de anatomía patológica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de progreso</td> <td><input type="checkbox"/> Informes de radiología</td> <td><input type="checkbox"/> Registro de tratamiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asistencia a Sesiones</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> TODOS los registros médicos	<input type="checkbox"/> Plan de atención	<input type="checkbox"/> Notas clínicas	<input type="checkbox"/> Consultas médicas	<input type="checkbox"/> Órdenes médicas	<input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Registro de medicamentos	<input type="checkbox"/> Informes de anatomía patológica	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Registro de tratamiento	<input type="checkbox"/> Asistencia a Sesiones	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> TODOS los registros médicos	<input type="checkbox"/> Plan de atención	<input type="checkbox"/> Notas clínicas													
<input type="checkbox"/> Consultas médicas	<input type="checkbox"/> Órdenes médicas	<input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos													
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Registro de medicamentos	<input type="checkbox"/> Informes de anatomía patológica													
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Registro de tratamiento													
<input type="checkbox"/> Asistencia a Sesiones	<input type="checkbox"/> Otro: _____														
Propósito o motivo de la divulgación de información: _____															
Fechas de servicio solicitadas (mm/dd/aaaa): desde el ____/____/____ hasta el ____/____/____															
Esta autorización expira el (mm/dd/aaaa): ____/____/____															

RECEPTOR: Autorizo a Honor Community Health a divulgar la información a la siguiente persona o entidad.			
Nombre de la persona o entidad		N.º de teléfono	
Correo electrónico		N.º de fax	
Dirección			

Entregue el formulario completo y firmado personalmente en cualquiera de nuestros centros o envíelo por correo electrónico a medicalrecords@honorcommunityhealth.org

Comprendo que la firma de esta autorización es voluntaria y que mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios no están condicionados por la firma del presente documento.

Solicito la divulgación de esta información, que puede incluir información sobre tratamiento por abuso de drogas o alcohol; orientación psicológica y de asistencia social; VIH, SIDA o CRS (complejo relacionado con el SIDA); enfermedades o infecciones transmisibles, incluidas las enfermedades de transmisión sexual, las enfermedades venéreas, la tuberculosis y la hepatitis; e información genética y demográfica para los propósitos y condiciones que se indican en este formulario.

Comprendo que puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento. Las revocaciones (cancelaciones) deben hacerse por escrito y enviarse a la dirección que se indica en este formulario. Las revocaciones (cancelaciones) no se aplicarán a la información que ya se haya divulgado.

Comprendo que, una vez que la información se ha divulgado, Honor Community Health ya no puede protegerla de futuras divulgaciones. He leído y entiendo este formulario. Autorizo la divulgación de mi información de salud tal como se describe en este formulario, que firmo de manera voluntaria.

Firma del paciente o representante legal autorizado

Fecha

**** Si firma en nombre del paciente, indique cuál es su relación con el paciente y la fuente de la autoridad.**

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación con el paciente: _____

Fuente de la autoridad (adjunte la documentación relevante, si corresponde): _____

PADRES: ¿Existe un padre sin custodia o un padre con custodia compartida? ☐ Sí ☐ No

¿Se requiere su aprobación para divulgar los registros médicos u otra información? ☐ Sí ☐ No