

## 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

Estoy **SOLICITANDO** registros médicos de otra persona o entidad para que se envíen a Honor Community Health  
 Autorizo y deseo que Honor Community Health **ENVÍE** mis registros médicos a otra persona o entidad.

### REGISTROS MÉDICOS

Seleccione todos los documentos específicos que incluya su solicitud:

<input type="checkbox"/> <b>TODOS</b> 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](mailto: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 impresa: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

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

**PADRES:** ¿Existe un parent sin custodia o un parent con custodia compartida?  Sí  No

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