

# Autorización para la divulgación de información médica (Authorization for Release of Medical Information)

Patient Identification



Nombre del Paciente	Fecha de nacimiento	N.º Seguridad Social (Últimos 4 dígitos)
Domicilio	Teléfono ( )	

Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ a

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Divulgar u  Obtener información de los registros médicos de \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

A o  Desde \_\_\_\_\_

Nombre/Dirección de la Persona/Organización a la que debe hacerse la divulgación o solicitud

Para el siguiente propósito: \_\_\_\_\_

Para fechas de atención: \_\_\_\_\_

Se deben indicar fechas específicas.

**Para expedientes médicos de trastornos por consumo de drogas:** A mis proveedores de atención médica, planes de salud, terceros pagadores y personas que ayudan a administrar este programa de trastornos por consumo de drogas para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica para todas y cada una de las fechas de servicio.

**Nota:** Estos expedientes médicos pueden volver a divulgarse de acuerdo con los permisos contenidos en las normas de la HIPAA, excepto para el caso de usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos contra el paciente.

Tipo de acceso solicitado	Descripción de la información que se utilizará / divulgará		
<input type="checkbox"/> Copias en papel del expediente	<input type="checkbox"/> Expediente completo	<input type="checkbox"/> Resumen	<input type="checkbox"/> Estudios cardíacos/ ECG
<input type="checkbox"/> Inspección del expediente	<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Resumen de alta médica	<input type="checkbox"/> Sala de emergencias
<input type="checkbox"/> Memoria USB de Ballad Health	<input type="checkbox"/> Expedientes de historial examen físico	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Notas de progreso/órdenes de Dr.
<input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro (requiere iniciar sesión)	<input type="checkbox"/> Notas de enfermería	<input type="checkbox"/> Informe operatorio/procedimiento	<input type="checkbox"/> Patología
<input type="checkbox"/> Correo electrónico no encriptado ( ponga sus iniciales en el espacio de abajo)	<input type="checkbox"/> Médico/Clinica Registros de oficina	<input type="checkbox"/> Radiología	<input type="checkbox"/> Expedientes médicos SANE
		<input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de sustancias	<input type="checkbox"/> Otro _____

Fecha de caducidad: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ O Evento causal de caducidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Iniciales Reconozco, y así lo consiento, que la información divulgada puede contener información psiquiátrica, sobre alcohol, drogadicción, pruebas del VIH, resultados del VIH o SIDA.

\_\_\_\_\_  
Iniciales Si selecciono el acceso a través de correo electrónico no encriptado, reconozco y acepto, que existe el riesgo de que mi información médica no encriptada pueda ser interceptada y leída por una persona no autorizada.

En los casos de accidentes de trabajo, este formulario de autorización médica solo permite al empleador o a la división de accidentes laborales obtener información médica mediante comunicación oral o escrita, incluidos, entre otros, historia médica, archivos, expedientes e informes que estén en posesión de un proveedor médico autorizado por el empleador de conformidad con T.C.A. § 50-6-204 y un proveedor médico que sea remunerado por el empleador por la atención del trabajador.

Estado de Virginia, § 65.2-604. Entrega de una copia del informe médico: 1) Cualquier proveedor de atención médica que atienda a un trabajador lesionado deberá, a petición del trabajador lesionado, del empresario, de la compañía de seguros o de un proveedor de rehabilitación certificado según lo dispuesto en el artículo 2 (§ 54.1- 3510 y siguientes) del capítulo 35 del título 54.1 que preste servicios al trabajador lesionado, o de cualquier representación de los mismos, proporcionar una copia de cualquier informe médico al trabajador lesionado, al empresario, a la compañía de seguros o a un proveedor de rehabilitación certificado según lo dispuesto en el artículo 2 (§ 54.1- 3510 y siguientes) del capítulo 35 del título 54.1.

Los expedientes médicos del trabajador que se entregarán se restringen únicamente a los expedientes de atención de la lesión sufrida por el trabajador.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito al departamento de Expedientes médicos (*Medical Record Department*) de este centro de atención de Ballad Health o de la consulta de Ballad Medical Group. Dicha revocación no afectará los usos y divulgaciones que se hagan en el futuro en la medida en que Ballad Health ya haya actuado basándose en mi autorización anterior. Entiendo que mi atención médica, el pago de mi atención médica, la inscripción o el cumplimiento de los requisitos para recibir beneficios no se verán afectados si no firmo este formulario, a menos que este formulario se esté utilizando como mi consentimiento para usar y divulgar expedientes relacionados con trastornos por consumo de drogas para fines de pago. Si estoy recibiendo servicios por parte de un programa de trastornos por consumo de drogas, entiendo que no recibiré atención de salud a menos que autorice la divulgación de mis expedientes médicos de trastornos por consumo de drogas a mi plan de salud o a un tercero pagador con el fin de que el programa reciba el pago.

# Autorización para la divulgación de información médica (Authorization for Release of Medical Information)

Patient Identification



Comprendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del receptor y dejar de estar protegida por las normas de privacidad.

_____ Hora / Fecha	_____ Firma del paciente/padre/tutor/curador	_____ Nombre en letras de imprenta	_____ Relación con el paciente
_____ Hora / Fecha	_____ Firma del paciente/padre/tutor/curador	_____ Nombre en letras de imprenta	_____ Relación con el paciente
_____ Hora / Fecha	_____ Miembro del equipo que procesó la divulgación		

Los tarifas / cargos cumplirán con todas las leyes y reglamentos aplicables a la divulgación de información.

**PALABRAS CLAVE:** Dr.=Médico, PHI=Información médica personal, ECG=Electrocardiograma, VIH=Virus de inmunodeficiencia humana, SIDA=síndrome de inmunodeficiencia adquirida