



# Autorización para divulgación de información de la historia clínica

Complete todas las secciones del formulario y adjunte la documentación requerida para garantizar un procesamiento oportuno.

Yo, \_\_\_\_\_ (paciente/representante del paciente), autorizo a **Mountain View Hospital** a divulgar información de salud protegida (historias clínicas) de la persona nombrada a continuación:

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Primer nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Apellido anterior (si corresponde): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

El propósito de esta divulgación es:

☐ Atención médica o consulta ☐ Facturación o pago de reclamaciones ☐ Uso personal ☐ Legal ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Fecha(s) de servicio: del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Información que se divulgará: (se cobrará una tarifa de \$1.00 por informe según corresponda)

☐ Informes de laboratorio ☐ Informes de radiología: Imágenes en disco \_\_\_\_\_ Informes \_\_\_\_\_ ☐ ECG ☐ Informes quirúrgicos ☐ Facturas detalladas

☐ Notas del expediente (resumen del expediente clínico, historial y examen físico, informe quirúrgico, resumen del alta, consultas e instrucciones para el alta)

☐ Otro: \_\_\_\_\_

Comprendo que si mi registro médico o de facturación contiene información relacionada con las afecciones descritas a continuación, **debo autorizar la divulgación colocando mis iniciales en cada línea correspondiente:**

\_\_\_\_\_ Prueba o tratamiento del VIH/SIDA

\_\_\_\_\_ Tratamiento psiquiátrico (excluyendo notas de psicoterapia)

\_\_\_\_\_ Registros de pruebas genéticas

\_\_\_\_\_ Enfermedades de transmisión sexual

\_\_\_\_\_ Registros de abuso de drogas o alcohol (diagnóstico, tratamiento, remisión, excluyendo las notas de terapia)

\_\_\_\_\_ Pruebas de hepatitis B o C

INICIALES: \_\_\_\_\_ Comprendo que mis registros pueden incluir información sobre **salud reproductiva**.

Información a divulgarse a: ☐ Sí mismo: la misma información de arriba

Nombre del tercero que recibe los registros: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Esta autorización expirará en 1 (un) año a menos que se especifique una fecha anterior: \_\_\_\_\_

(Continúa en el reverso)

Patient Sticker

Last \_\_\_\_\_  
First \_\_\_\_\_  
DOB \_\_\_\_\_  
MRN \_\_\_\_\_



# Autorización para divulgación de información de la historia clínica

Complete todas las secciones del formulario y adjunte la documentación requerida para garantizar un procesamiento oportuno.

Comprendo que, si firmo en nombre de un hijo menor de edad, esta autorización expirará cuando el niño alcance la edad de 18 años, a menos que exista prueba de tutela legal.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al director de Administración de la Información de Salud, 2325 Coronado St., Idaho Falls, ID 83404. Comprendo que la revocación no afectará ninguna acción que **Mountain View Hospital** haya tomado basándose en esta autorización antes de recibir mi notificación por escrito.

Comprendo que esta autorización para usar o divulgar información de salud protegida es voluntaria y que **Mountain View Hospital** no puede negar ni retener servicios de atención médica si no la firmo, excepto si dicha autorización es necesaria para algún estudio de investigación en el que yo esté inscrito, o si el servicio es únicamente para un tercero (examen físico previo al empleo, etc.).

Comprendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a divulgaciones posteriores y ya no estar protegida por la ley federal. Sin embargo, también comprendo que la ley federal o estatal puede restringir la divulgación de información sobre el VIH/SIDA, información de salud mental e información genética.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha/hora \_\_\_\_\_

☐ El paciente no puede firmar ☐ Otra parte responsable \_\_\_\_\_  
(Razón/descripción de la autoridad)

Firma del representante autorizado \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del testigo en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## For Staff Use

Records to be released via ☐ US Mail ☐ Fax ☐ Personal Pick-up ☐ Emailed Paper Copies (including faxes CD/DVD)

### Form of ID or Proof Submitted:

- |                                                               |                                                 |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Driver's License                     | <input type="checkbox"/> Birth Certificate      |
| <input type="checkbox"/> Guardianship/Conservator Orders      | <input type="checkbox"/> Death Certificate      |
| <input type="checkbox"/> Durable Healthcare Power of Attorney | <input type="checkbox"/> Signature Verification |
| <input type="checkbox"/> Other: _____                         |                                                 |

Patient Identification or Proof of Authority to Authorize Release verified/processed by:

Printed Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Patient Sticker

Last \_\_\_\_\_  
First \_\_\_\_\_  
DOB \_\_\_\_\_  
MRN \_\_\_\_\_