



IU Health Medical Group

Authorization to Release and Disclose Patient Information Form Spanish

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Nombre _____ Nombre(s) anterior(es) _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____																								
Clínica/hospital/proveedor de atención médica: ¿Quién tiene la información que quiere que se divulgue? Añada la ubicación específica de IU Health o del proveedor de atención médica de IU Health.	Nombre de IU Health, lo que incluye _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono _____ Número de fax _____																								
Parte receptora: Elija una opción: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro Solo se permite una parte receptora por formulario. ¿A dónde quiere que se envíe la información?	Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono _____ Número de fax _____																								
Información para divulgar: Se requieren fechas de servicio o intervalo de fechas. ¿Qué quiere que se envíe o divulgue? Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s).	<p style="text-align: center;">Fecha(s) de servicio: Del _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____</p> <p><u>Solo los tipos de expediente marcados a continuación (podrían incluir expedientes médicos como comunicaciones en papel, electrónicas, digitales o verbales entre IU Health y la parte receptora):</u></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resumen/note de alta</td> <td><input type="checkbox"/> Informes radiológicos</td> <td><input type="checkbox"/> Expediente(s) de emergencia(s)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico</td> <td><input type="checkbox"/> Copias de películas/imágenes</td> <td><input type="checkbox"/> Lifeline EMS: expedientes de transporte (aéreo/terrestre)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe operativo</td> <td><input type="checkbox"/> Expedientes de rehabilitación (PT/OT/ST)</td> <td><input type="checkbox"/> Historial de vacunas/alergias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consultas</td> <td><input type="checkbox"/> Informes de laboratorio</td> <td><input type="checkbox"/> Informes de patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Todas las notas clínicas</td> <td><input type="checkbox"/> Notas de progreso</td> <td><input type="checkbox"/> Expedientes de facturación: Pagos/ajustes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Todos los expedientes médicos del hospital (incluye los puntos en negrita arriba)</td> <td><input type="checkbox"/> Registros de facturación: UB/desglosado</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Todos los expedientes médicos de cirugías ambulatorias (incluye los puntos en negrita arriba)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Otros expedientes - especifique el/los tipo(s) de expediente(s) no incluido(s) anteriormente</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Resumen/note de alta	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos	<input type="checkbox"/> Expediente(s) de emergencia(s)	<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Copias de películas/imágenes	<input type="checkbox"/> Lifeline EMS: expedientes de transporte (aéreo/terrestre)	<input type="checkbox"/> Informe operativo	<input type="checkbox"/> Expedientes de rehabilitación (PT/OT/ST)	<input type="checkbox"/> Historial de vacunas/alergias	<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes de patología	<input type="checkbox"/> Todas las notas clínicas	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Expedientes de facturación: Pagos/ajustes	<input type="checkbox"/> Todos los expedientes médicos del hospital (incluye los puntos en negrita arriba)	<input type="checkbox"/> Registros de facturación: UB/desglosado		<input type="checkbox"/> Todos los expedientes médicos de cirugías ambulatorias (incluye los puntos en negrita arriba)			<input type="checkbox"/> Otros expedientes - especifique el/los tipo(s) de expediente(s) no incluido(s) anteriormente		
<input type="checkbox"/> Resumen/note de alta	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos	<input type="checkbox"/> Expediente(s) de emergencia(s)																							
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Copias de películas/imágenes	<input type="checkbox"/> Lifeline EMS: expedientes de transporte (aéreo/terrestre)																							
<input type="checkbox"/> Informe operativo	<input type="checkbox"/> Expedientes de rehabilitación (PT/OT/ST)	<input type="checkbox"/> Historial de vacunas/alergias																							
<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes de patología																							
<input type="checkbox"/> Todas las notas clínicas	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Expedientes de facturación: Pagos/ajustes																							
<input type="checkbox"/> Todos los expedientes médicos del hospital (incluye los puntos en negrita arriba)	<input type="checkbox"/> Registros de facturación: UB/desglosado																								
<input type="checkbox"/> Todos los expedientes médicos de cirugías ambulatorias (incluye los puntos en negrita arriba)																									
<input type="checkbox"/> Otros expedientes - especifique el/los tipo(s) de expediente(s) no incluido(s) anteriormente																									
Sección de autorizaciones especiales *De conformidad con la sección 16-39-2 del Código de Indiana [Indiana Code, IC], esta autorización especial es válida durante 180 días.	Las leyes estatales y federales protegen la siguiente información. Si esta información se aplica a su caso y desea que se divulguen estos expedientes, debe seleccionar «Sí» a continuación. Todas las divulgaciones marcadas con «Sí» para los tipos de expediente a continuación incluyen todos los expedientes médicos, ya sean en formato físico, electrónico, digital o comunicaciones verbales entre IU Health y la parte receptora. <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Expedientes de alcoholismo, consumo de drogas o abuso de sustancias</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> <tr> <td>Pruebas del VIH y resultados</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> <tr> <td>Expedientes de salud mental*</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> <tr> <td>Expedientes de psicoterapia</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> <tr> <td>Expedientes genéticos</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> <tr> <td>Otras instrucciones específicas:</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Expedientes de alcoholismo, consumo de drogas o abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Sí	Pruebas del VIH y resultados	<input type="checkbox"/> Sí	Expedientes de salud mental*	<input type="checkbox"/> Sí	Expedientes de psicoterapia	<input type="checkbox"/> Sí	Expedientes genéticos	<input type="checkbox"/> Sí	Otras instrucciones específicas:	_____												
Expedientes de alcoholismo, consumo de drogas o abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Sí																								
Pruebas del VIH y resultados	<input type="checkbox"/> Sí																								
Expedientes de salud mental*	<input type="checkbox"/> Sí																								
Expedientes de psicoterapia	<input type="checkbox"/> Sí																								
Expedientes genéticos	<input type="checkbox"/> Sí																								
Otras instrucciones específicas:	_____																								
Instrucciones de divulgación: ¿Cómo y cuándo quiere la información?	Método de divulgación/formato solicitado: (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Acceso electrónico – dirección de correo electrónico _____ <input type="checkbox"/> En papel <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> Fax _____ Fecha en que se necesita la información _____ NOTA: El plazo de tramitación es de 30 días																								
Propósito de la divulgación: ¿Por qué es necesario?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Uso personal*</td> <td><input type="checkbox"/> Solicitud de seguro*</td> <td><input type="checkbox"/> Apelación ante la Seguridad Social</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Atención continuada</td> <td><input type="checkbox"/> Pago/reclamo al seguro</td> <td><input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad por la Seguridad Social*</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Traslado de cuidados</td> <td><input type="checkbox"/> Litigios/legal*</td> <td><input type="checkbox"/> Otros*</td> </tr> </table> <p>*Pueden cobrarse tarifas de conformidad con el estatuto de Indiana (IN) 760 de la sección 1-71-3 del Código Administrativo de Indiana (Indiana Administrative Code, IAC) y la norma federal 45 de la sección 164.524 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulation, CFR).</p>	<input type="checkbox"/> Uso personal*	<input type="checkbox"/> Solicitud de seguro*	<input type="checkbox"/> Apelación ante la Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Atención continuada	<input type="checkbox"/> Pago/reclamo al seguro	<input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad por la Seguridad Social*	<input type="checkbox"/> Traslado de cuidados	<input type="checkbox"/> Litigios/legal*	<input type="checkbox"/> Otros*															
<input type="checkbox"/> Uso personal*	<input type="checkbox"/> Solicitud de seguro*	<input type="checkbox"/> Apelación ante la Seguridad Social																							
<input type="checkbox"/> Atención continuada	<input type="checkbox"/> Pago/reclamo al seguro	<input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad por la Seguridad Social*																							
<input type="checkbox"/> Traslado de cuidados	<input type="checkbox"/> Litigios/legal*	<input type="checkbox"/> Otros*																							
<ul style="list-style-type: none"> Esta autorización estará vigente por 180 días a partir de la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario (escriba la fecha vigencia si supera los 180 días). Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a la entidad autorizada arriba mencionada. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización para recibir tratamiento médico. Los expedientes de IU Health (IUH) pueden incluir expedientes que hayan recibido de otras organizaciones. Si estos han sido utilizados por IUH y archivados en el expediente que IUH mantiene sobre usted, estos podrán divulgarse junto con su expediente de IUH. IUH no puede impedir la divulgación de su información por parte de la organización o persona que recibe sus expedientes en virtud de esta autorización, y es posible que esa información no esté cubierta por las protecciones de privacidad estatales y federales después de su divulgación. Al firmar esta autorización, usted exime a IUH de toda responsabilidad derivada de una nueva divulgación por parte del receptor. 																									
Su firma indica que ha leído y comprendido este formulario, y que autoriza la divulgación de su información según lo descrito anteriormente. Firma del paciente/tutor legal _____ Fecha _____ Autoridad para actuar en nombre del paciente (adjuntar documentación) _____	A COMPLETAR POR IU HEALTH: Iniciales de la persona que divulga la información _____ Fecha _____ <input type="checkbox"/> ID verificada NHC _____ Número de encuentro con el paciente _____																								



Authorization to Release and Disclose Patient Information Form Spanish

88696 - 03/13/2025

Page 1 of 1

Release of Information

Y-99