



**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).	
Fecha(s) de servicio: Del _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____ 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):	
<input type="checkbox"/> Resumen/nota 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/ímágenes <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/alerгias <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 <small>*De conformidad con la sección 16-39-2 del Código de Indiana [Indiana Code, IC], esta autorización especial es válida durante 180 días.</small>	
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. 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: <small>¿Cómo y cuándo quiere la información?</small>	
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: <small>¿Por qué es necesario?</small>	
<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*	
<small>*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).</small>	
<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**