



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____
Clínica/Hospital/ Proveedor de atención médica: <small>(¿Quién posee la información que usted desea divulgar? Mencione el hospital o clínica específica).</small>	Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Parte receptora: Escoja uno: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro <small>(¿A dónde desea enviar la información? ¿Quién podría recibir la información?)</small>	Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono _____ Número de fax _____
Información que se divulgará: <small>(¿Qué desea enviar o divulgar? Marque la casilla apropiada).</small>	Fecha(s) del servicio: del ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Registros médicos del consultorio del médico <input type="checkbox"/> Registros de facturación <input type="checkbox"/> Registros médicos del hospital <input type="checkbox"/> Copias de grabaciones/imágenes A continuación, marque solo los tipos de registro que necesita: <input type="checkbox"/> Nota/resumen del alta <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Registro(s) médico(s) de emergencia <input type="checkbox"/> Historia médica y examen físico <input type="checkbox"/> Informes de rehabilitación (PT/OT/ST)* <input type="checkbox"/> Registro de alergias/vacunación <input type="checkbox"/> Informe operatorio <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de patologías <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Notas sobre la evolución <input type="checkbox"/> Otros registros (especifique el/los tipo(s) de registro) _____ *Terapia Física (Physical Therapy, PT)/Terapia Ocupacional (Occupational Therapy, OT)/Terapia del Habla (Speech Therapy, ST)
Sección de autorización especial <small>(Según el IC-16-39-2, esta autorización especial es válida por 180 días.)</small>	La ley federal y estatal protegen la siguiente información. Si dicha información se aplica a usted, por favor indique si desea que se divulgue o se obtenga (incluya las fechas, según corresponda): Registros de abuso de alcohol, drogas o sustancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Resultados y prueba de VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Registros de salud mental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Registros de psicoterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Registros genéticos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Instrucciones de divulgación: <small>(¿Cómo y para cuándo desea recibir la información?)</small>	Formato/método de divulgación que se solicita: (marque uno) <input type="checkbox"/> Acceso electrónico – Correo electrónico _____ <input type="checkbox"/> En papel <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> Fax (solo atención al paciente) Fecha en que se necesita la información _____ NOTA: por favor espere 30 días para que procese.
Propósito de la divulgación: <small>(¿Por qué se necesita divulgar?)</small>	<input type="checkbox"/> Uso personal* <input type="checkbox"/> Solicitud de seguro* <input type="checkbox"/> Apelación ante el seguro social <input type="checkbox"/> Atención continua <input type="checkbox"/> Reclamo/pago de seguro <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad del seguro social* <input type="checkbox"/> Transferencia de atención <input type="checkbox"/> Litigio/propósito legal* <input type="checkbox"/> Otro* _____ *Se pueden cobrar tarifas de acuerdo con el Estatuto de Indiana 760, Código Administrativo de Indiana (Indiana Administrative Code, IAC) 1-71-3 y la Norma Federal del Código de Regulaciones Federales, (Code of Federal Regulations, CFR) título 45, §164.524
<ul style="list-style-type: none"> • Esta autorización se vencerá en 60 días desde la fecha de la firma, salvo que se especifique de otro modo _____ • Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y debo presentar mi revocación escrita ante la entidad autorizada que se nombró anteriormente. La revocación no aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. • Entiendo que no necesito firmar esta autorización para recibir tratamientos de salud. • Los registros del Centro de Salud de la Universidad de Indiana (Indiana University Health, IUH) pueden incluir registros que se recibieron de otras organizaciones. Si la IUH los usó y archivó en el registro que tiene de usted, estos registros pueden divulgarse junto con sus registros de la IUH. • La IUH no puede evitar que la persona u organización que recibirá sus registros en virtud de esta autorización vuelva a divulgar su información. Además, es posible que las protecciones de privacidad estatales y federales no sean aplicables a esta información luego de que se haya divulgado. Al firmar esta autorización, usted libera a la IUH de cualquiera y de todas las responsabilidades que resulten de una nueva divulgación de parte del receptor. 	
Su firma indica que usted leyó y entendió este formulario y que autoriza la divulgación de su información, tal como se describió anteriormente. Firma del paciente/tutor legal _____ Fecha _____ Autoridad que actuará en nombre del paciente (Adjunte la documentación) _____	EL PERSONAL DEL HOSPITAL DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN: Iniciales de la persona que divulgará la información _____ Fecha _____ Id. con foto/firma verificada (si no se admite actualmente) _____ Número del registro médico _____ Número de reunión con el paciente _____



AUTHORIZATION TO RELEASE AND DISCLOSE PATIENT INFORMATION
(Page 1 of 1) (ENGLISH VERSION 19442)

Medical Record Copy

Correspondence
Non-Clinical
Y-99