



Place Patient Label  
Inside This Box

**Autorización para la Divulgación de Información**

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO:** Escriba legiblemente y llene todas las secciones como se indica. Envíe el formulario lleno y firmado a: \_\_\_\_\_

**\* \*Por favor complete todas las partes del formulario para incluir la firma, fecha y hora. \* \***

**PARTE A**

Nombre del (de la) Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Numero. de Seguro Social (últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**PARTE B: PERSONA O INSTITUCIÓN QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN**

Yo mismo(a) (Esta información es igual a la presentada más arriba)     Persona o Institución: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**PARTE C: INFORMACIÓN A DIVULGAR (Marque todas las opciones que correspondan)**

<input type="checkbox"/> Abstracto/Resumen (Resumen de Alta, Notas Operativas/sobre los Procedimientos, Patología, Laboratorio. Notas del Departamento de Emergencia, Visitas Clínicas, Consultas).	<input type="checkbox"/> Resumen de Alta	<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Historia Completa	<input type="checkbox"/> Antecedentes y Examen Físico	<input type="checkbox"/> Informes de Patología	_____
	<input type="checkbox"/> Informe de la Consulta	<input type="checkbox"/> Informes de Radiología	_____
	<input type="checkbox"/> Informe Operativo	<input type="checkbox"/> Notas Clínicas	_____
	<input type="checkbox"/> Registro del Departamento de Emergencia		

Entiendo que la información a divulgar puede incluir referencias a información sensible relacionada con salud mental y conductual, pruebas genéticas, VIH/SIDA u otra enfermedad transmisible, y consumo de drogas o de alcohol. Específicamente apruebo que se divulgue la siguiente información que ha sido identificada como sensible y/o restringida (marque todas las opciones que correspondan):

Salud Mental y Conductual     Trastorno por Consumo de alcohol y/o Drogas     Diagnóstico de SIDA y/o VIH     Notas de Psicoterapia

**Lugar del Tratamiento:**

Todos los establecimientos de FirstHealth     Moore Regional Hospital     Moore Regional Hoke Campus     Moore Regional Richmond Campus  
 Montgomery Campus     Visita Clínica (Especificar el Proveedor/la Clínica): \_\_\_\_\_     Otro: \_\_\_\_\_

**Fecha(s) de Tratamiento:** Desde: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ (Por favor, sea específico(a))

**PARTE D: OBJETIVO DE LA SOLICITUD:**  Personal     Legal     Seguro     Continuación del Cuidado     Otro: \_\_\_\_\_

**PARTE E: FORMATO Y ENTREGA DE LA INFORMACIÓN**

**Formato (seleccione solo uno):**  Electrónico (MyChart)     CD     Papel     Fax (SOLO para los Proveedores de Atención de la Salud)  
**Método de Entrega (seleccione solo uno para CD o papel):**  Correo Postal     Recoger en Persona: Nombre: \_\_\_\_\_

**PARTE F: REVISIÓN Y APROBACIÓN**

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento o el pago de la atención de mi salud. Esta autorización es nula en 180 días después de la fecha de la firma o en cualquier momento en que Yo, como paciente, tutor o representante legal presente una solicitud específica por escrito ante la institución antes mencionada para revocar la autorización. Dicha revocación regirá salvo en el caso de que la institución ya haya utilizado o divulgado la información en base a esta autorización. Entiendo que la información divulgada en cumplimiento de lo establecido por esta autorización podrá ser re-divulgada por el destinatario y ya no podrá quedar protegida por la ley federal de privacidad.

Los registros de consumo de alcohol y de sustancias ilegales se encuentran protegidos por las Normas Federales de Confidencialidad (42 CFR parte 2). Las Normas Federales prohíben toda divulgación de dichos registros a menos que su divulgación adicional se encuentre expresamente permitido por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o, de otra forma, esté permitido por lo que se establece en 42 CFR Parte 2. Una autorización general para difundir información médica o de otro tipo no es suficiente para la re-divulgación de los registros protegidos. Las Normas Federales también restringen todo uso de la información para realizar una investigación o llevar a juicio penal a cualquier paciente por consumo de alcohol o sustancias ilegales.

Firma del (de la) Paciente/\*\* Persona Autorizada para Firmar \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Si usted no es el(la) paciente o padre/madre de un paciente menor, DEBE adjuntar documentación que le autorice a actuar en nombre del (de la) paciente (es decir, un Poder Legal, Orden de la Corte, Documentación de Representante Legal, Albacea/Administrador).

**\*\*\* LA SIGUIENTE SECCIÓN DEBE COMPLETARSE SIEMPRE QUE EL PACIENTE NO PUEDA FIRMAR POR SI MISMO(A) PARA PERMITIR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA.**

**El(la) paciente no puede autorizar que se divulguen sus registros/información debido a lo siguiente (marque una opción):**  
 El(la) paciente es menor,  El(la) paciente no se encuentra en pleno uso de sus capacidades mentales,  El(la) paciente presenta una discapacidad física que le prohíbe firmar o  
 Fallecido(a)/Otro (indicar, con claridad, otra razón, si la hubiera) \_\_\_\_\_

**NOTA: Si el(la) paciente ha fallecido, solo el albacea y/o administrador del estado o familiar cercano puede autorizar la divulgación de las copias de los registros médicos. Es necesario presentar la documentación que refleje la autoridad legal de la persona para firmar la divulgación de los registros.**