MERITUS HEALTH

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICABLE DEL PACIENTE

Fecha de la solicitud: _____ / / **Número del expediente médico:** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **# de teléfono:** _____

Dirección completa: _____

Autorizo a: ❑ Meritus Medical Center ❑ Brook Lane ❑ Meritus Medical Group (especifique)
❑ Otro (especifique) _____

a divulgar mi información de salud personal:: ❑ Mí mismo ❑ Meritus Health
❑ Otro (especifique) _____

(Nombre de otra persona, tercera parte, o entidad, dirección, teléfono, fax)

Periodo de tiempo o fecha que se divulgará: De: _____ **(mes/año) a** _____ **(mes/año)**

Autorizo la divulgación de la siguiente información:

❑ Resumen de hospitalización**
❑ Resultados de laboratorio, informes de radiografías
❑ Registros quirúrgicos, notas operatorias
❑ Historial médico y examen físico
❑ Registros de vacunación
❑ Notas de evolución
❑ Resumen de alta
❑ Departamento de emergencias/Clínica de atención inmediata
❑ Informes de patología
❑ Medicamentos recetados
❑ Visita(s) al consultorio
❑ Registros de facturación
❑ Otro (especifique) _____

** Datos demográficos del paciente, información de admisión, resumen de alta, departamento de emergencias, historial médico y examen físico, consultas, notas operatorias, notas de procedimientos y resultados.

Propósito de la solicitud: ❑ Personal ❑ Legal ❑ Seguro ❑ Atención continua

Marque a continuación para EXCLUIR la Información de salud confidencial de los registros que se divulgarán/copiarán/entregarán:

❑ Diagnóstico/tratamiento de abuso de drogas o sustancias o alcoholismo
❑ Diagnóstico/tratamiento de enfermedades de transmisión sexual o SIDA/VIH
❑ Registros de salud conductual
❑ Pruebas genéticas

Métodos de entrega: Seleccione solo uno

Papel: ❑ Correo ❑ Recogida **Electrónico:** ❑ MyChart ❑ Correo electrónico ❑ Fax ❑ CD ❑ Otro _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de fax _____

Entiendo que, a menos que específicamente solicite que dicha información se excluya de la divulgación autorizada en este formulario de Autorización, la información en mi expediente médico puede incluir antecedentes, diagnósticos y/o tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales, enfermedades contagiosas, o relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
Entiendo que la persona que da la autorización puede revocar esta autorización mediante una notificación escrita y fechada al departamento de Gestión de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi aseguradora cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar una reclamación bajo mi póliza.
Esta autorización vence un año después de la fecha de la firma, a menos que yo especifique lo contrario o la revoque. Entiendo que se me puede cobrar por las copias de mis expedientes médicos según las leyes y directrices estatales y federales aplicables. Entiendo que, una vez divulgada la información anterior, el receptor puede volver a divulgarla, y es posible que las leyes o regulaciones federales de privacidad no protejan la información.
Entiendo que la autorización del uso o la divulgación de la información de salud identificada anteriormente es voluntaria. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento médico.

Nombre: _____ _____ _____
Firma Fecha

_____ _____
Firma de padres/albacea/representante legal Fecha