

St. Mary's Medical Center

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Identificación del paciente

1 Nombre en letra imprenta: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

2 **Objetivo de la solicitud:** La información se usará o divulgará para el siguiente propósito: _____

Persona o establecimiento autorizado para divulgar información (De)

Nombre: St. Mary's Medical Center
Dirección: 201 NW R.D. Mize Road
Dirección: Blue Springs, MO 64014

Persona o establecimiento autorizado para recibir información (Para)

3 Nombre: _____
Dirección: _____
Dirección: _____

4 **Especifique las fechas de atención o diagnóstico a divulgar:** _____

5 Autorizo la divulgación de la siguiente información:

Marque el tipo de información a divulgar (marque todas las que correspondan):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen médico | <input type="checkbox"/> Registros de laboratorio | <input type="checkbox"/> Películas de radiografías u otras imágenes de diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Comentarios de evolución | <input type="checkbox"/> Registros patológicos | <input type="checkbox"/> Historia clínica completa (excluye los registros de otros proveedores) |
| <input type="checkbox"/> Informe de alta | <input type="checkbox"/> Frotis de patología | <input type="checkbox"/> Registros de otros proveedores |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Imágenes cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Registro completo de facturas o factura detallada |
| <input type="checkbox"/> Informes de imágenes de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | |

6 Divulgación de registros de abuso de drogas / alcohol, salud mental y VIH / SIDA (En Missouri usted debe aprobar la divulgación de esta información)

Si mi historia clínica o registro de facturas contienen información sobre abuso de drogas / alcohol, salud mental u otro tipo de información confidencial, acepto su divulgación.

Drogas / Alcohol Sí No VIH / SIDA Sí No Salud mental Sí No

7 Autorizo la divulgación de: (marque una casilla)

- Mi historia clínica creada antes de la fecha de firma de esta autorización.
 Mi historia clínica creada antes y después de la fecha de firma de esta autorización.
 Mi historia clínica creada después de la fecha de firma de esta autorización.

8 Plazo / Derecho de revocación

Esta autorización vencerá 1 año después de la fecha de mi firma o en la siguiente fecha o ante la siguiente situación (especifique): _____

Si deseo cancelar esta autorización antes de su vencimiento, puedo enviar un aviso por escrito al director de Historias Clínicas a St. Mary's Medical Center, 201 W RD Mize Rd, Kansas City, MO 64114. Comprendo que no puedo revocar mi autorización respecto a las acciones ya tomadas o a la información divulgada según mi solicitud y con mi consentimiento antes de que se realizara la cancelación por escrito.

Nuevas divulgaciones

Comprendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede volver a ser divulgada por parte de la persona que la recibió y ya no está protegida por los requisitos federales o estatales de privacidad legal. St. Mary's Medical Center, sus afiliadas, empleados y funcionarios no tienen responsabilidad legal por la divulgación posterior de la información indicada en esta autorización.

Firma del paciente o representante personal que puede solicitar la divulgación

Comprendo que no tengo que firmar esta autorización, que no se me negará tratamiento ni el pago por los servicios si no firmo esta autorización y que puedo revisar o copiar la información de salud protegida que se usará o divulgará. **Si se divulga la historia clínica o correspondencia de otros proveedores conforme a este formulario, no podemos dar fe de que la información sea exacta o completa.**

Por medio del presente, autorizo a St. Mary's Medical Center para divulgar la información de salud protegida que se especificó anteriormente.

9 _____
Firma del paciente o de su representante

10 _____
Fecha

Nombre en letra imprenta del paciente o de su representante

Relación del representante del paciente (si corresponde)

Identidad del solicitante verificada mediante: **Identificación con fotografía** **Comparación de firma** **Otro (especifique)** _____

Verificado por: _____

Esta información le ha sido divulgada a partir de los registros protegidos por los reglamentos federales de confidencialidad (42 CFR, parte 2). Los reglamentos federales y las leyes de Missouri le prohíben hacer más divulgaciones de esta información a menos que se permita expresamente por medio de un consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o mediante otro medio permitido por el reglamento 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información **NO** es suficiente para este propósito. El reglamento federal restringe cualquier uso de esta información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente que se encuentre en tratamiento por abuso de alcohol o drogas.

Instrucciones: Se le debe dar una copia al paciente o a su representante del formulario llenado. Ponga el original en la ficha clínica.