



101 SIVLEY ROAD • HUNTSVILLE, AL 35801 • 256-265-1000

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente _____ # de Seguro Social (Opcional) _____

Fecha de nacimiento _____ Dirección postal _____

Número de teléfono (_____) Fecha del servicio _____

Número del paciente _____

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud del individuo antes mencionado de la manera que se describe a continuación:

- 1. El Huntsville Hospital está autorizado a hacer la divulgación.
- 2. El tipo y cantidad de información que se usará o divulgará son como se indica a continuación: (incluya fechas cuando sea apropiado)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del expediente clínico | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico | <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de laboratorio | Formato de divulgación de los expedientes |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Expediente de paciente ambulatorio | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de formación de imágenes | <input type="checkbox"/> Electrónico (Healthport Connect) |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y exámenes médicos | <input type="checkbox"/> Expediente del Departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> Formulario de reclamación / factura | <input type="checkbox"/> CD |
| <input type="checkbox"/> Nota de cirugía | <input type="checkbox"/> Reporte de electrocardiograma | <input type="checkbox"/> Factura detallada | <input type="checkbox"/> Impreso |
| <input type="checkbox"/> Reporte de patología | <input type="checkbox"/> Reporte de autopsia | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| <input type="checkbox"/> Reporte de consulta | <input type="checkbox"/> Aplicación para EBC | | |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución | | | |

- 3. Comprendo que la información en mi expediente de salud puede incluir información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductuales (comportamiento), y tratamiento para el abuso del alcohol y drogas.

- 4. Esta información podrá divulgarse a los siguientes individuos u organizaciones y ser usada por estos individuos u organizaciones:
 Nombre: _____
 Dirección: _____

5. Con el fin de _____

- 6. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si revoco esta autorización, deberé hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Expedientes Médicos (*Medica Record Department*). Comprendo que la revocación no se aplicará a información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Comprendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le dé a mi aseguradora el derecho a impugnar una reclamación bajo mi póliza.

- 7. A menos que se revoque, la autorización se vencerá en la fecha, evento o condición que se indica a continuación:

 Si no se especifica una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización se vencerá en seis meses contados a partir de la fecha en que se firmó.

- 8. Comprendo que una vez que la información se haya divulgado de conformidad con esta autorización, el destinatario de la información podrá a su vez divulgarla y la información podría ya no estar protegida por las reglamentaciones de privacidad federales.

- 9. Comprendo que, como el destinatario, yo soy responsable de la seguridad de estas copias del expediente médico y la información de salud contenida en este expediente, ya sea en formato impreso o en CD/DVD.

- 10. Comprendo que no es necesario que firme este formulario para poder recibir tratamiento de cuidado de la salud, pago, participación en mi plan de salud o ser elegible para recibir beneficios.

o
Comprendo que si me niego a firmar este formulario, en ciertas condiciones específicas la organización podrá negar: Tratamiento
Participación en el plan de salud Elegibilidad para recibir beneficios

FIRMA FECHA HORA

SI EL REPRESENTANTE LEGAL HA FIRMADO, FIRMA DEL TESTIGO FECHA HORA
RELACIÓN CON EL PACIENTE

