



Autorización para la divulgación de información médica

Escriba en letra de imprenta

Información del paciente	Nombre	Fecha de nacimiento	
	Dirección	Número de teléfono	
	Ciudad	Estado	Código postal
	Nombre anterior		
Formulario de divulgación de información * Especifique la clínica, el hospital o el proveedor	Clínica/hospital o proveedor específico de CentraCare (los centros específicos aparecen <i>en cursiva</i> en la página 2 de este formulario)		
	Dirección	Número de teléfono	Número de fax
	Ciudad	Estado	Código postal
	Nombre de la persona, empresa, clínica/hospital o proveedor específico		
Divulgar información a	Dirección	Número de teléfono	Número de fax
	Ciudad	Estado	Código postal
	Información que debe divulgarse Solo se divulgará la información seleccionada		
Divulgación especial	Fechas del servicio: Desde: _____ Hasta: _____ Nota: Si no se especifican las fechas, solo se divulgará la visita/el encuentro más reciente.		
	<input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> *Imágenes radiológicas <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Informes de consulta <input type="checkbox"/> Todos los registros enumerados (*no incluidos) <input type="checkbox"/> Notas de la sala de emergencias <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Otros (especifique) <input type="checkbox"/> Notas de evolución <input type="checkbox"/> Notas de operaciones/procedimientos _____ <input type="checkbox"/> Valoración/Evaluación <input type="checkbox"/> Informes de radiología		
Método preferido	<input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Por fax a: _____		
	<input type="checkbox"/> En CD <input type="checkbox"/> En papel <input type="checkbox"/> Por correo electrónico a: _____		
Motivo de la divulgación	<input type="checkbox"/> Continuación o transferencia de cuidados (a otro proveedor) <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Seguro		
	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		
Autorización	Firma del paciente/tutor	Fecha	
	Relación con el paciente	Motivo por el que el paciente no puede firmar	
Revocación	Esta autorización expirará un año después de la fecha en que la firme, a menos que indique aquí una fecha o un evento diferente: _____ La presente autorización puede revocarse en cualquier momento, salvo que se hayan adoptado medidas en virtud de esta o en el momento de la resolución definitiva de la divulgación autorizada bajo determinadas condiciones para la que se concedió la autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al proveedor/centro que se indica en la sección DESDE. Entiendo que dicha revocación puede ser perjudicial para los procedimientos que requieran estos registros. No autorizo la nueva divulgación de esta información a ninguna otra persona. La fotocopia de esta autorización se tratará de la misma manera que el original.		

CentraCare no negará tratamiento a ningún paciente que se niegue a firmar una autorización para divulgar información médica protegida. CentraCare no puede evitar que la persona/organización que reciba sus registros en virtud de esta autorización vuelva a divulgar su información. Además, es posible que las protecciones de privacidad estatales y federales no amparen su información después de que se divulgue. Si CentraCare ha recibido registros de otras organizaciones, los ha utilizado y los ha archivado en el registro que se mantiene sobre usted, dichos registros también pueden incluirse en cualquier divulgación de información.

CentraCare comparte expedientes médicos electrónicos con organizaciones que no pertenecen a CentraCare. Al otorgar esta autorización, se permite la divulgación de los siguientes elementos: lista de medicamentos, lista de alergias, lista de problemas, datos de vacunación o expedientes médicos. Esta información abarca todos los centros que comparten un expediente médico electrónico. Si el paciente lo solicita, se le facilitará una lista de estas organizaciones ajenas a CentraCare.

Envíe los formularios completos al departamento de HIM según la información y los lugares indicados en la página 2.

