



Autorización para la liberación de información medica

Nombre del paciente: *(por favor escribe)* _____

Fecha de nacimiento _____

Numero de registro. _____

Yo, el abajo firmante, autorizo y solicito _____

(nombre de proveedor de atención medica que libere la información)

que libere información a: _____

(nombre de persona/proveedor que recibirá la información)

_____ dirección postal completa/apartado postal

_____ ciudad/estado/código postal

Marque la información que se libere (incluya las fechas indicadas) Mínimo necesario o especifique:

Resumen de la estancia incluyendo resumen de alta, instrucciones de alta, historia y examen físico, consulta y informe operatorio para las siguientes fechas: _____

Notas clínicas para las siguientes fechas: _____

Otro, por favor especifique: _____

Propósito de la liberación de información: _____

Entiendo que los registros liberados pueden contener información relacionada con lo siguiente y autorizo su divulgación: *(Por favor iniciales en e todas las que correspondan)*

_____ Información relacionada con la salud mental*

_____ Información relacionada con el abuso de drogas y alcohol*

_____ Información relacionada con el SIDA/VIH*

*Entiendo que la confidencialidad de estos registros será protegida de acuerdo con las leyes estatales y/o federales. No se divulgará información sin mi consentimiento escrito a menos que la divulgación este permitida por orden judicial, o para personal médico en una emergencia médica o para programas de investigación/supervisión.

(Espacio para la firma)

Nombre de paciente: *(Por favor escribe)* _____

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo cancelar este consentimiento para divulgar información en cualquier momento enviando un aviso por escrito al director de información de salud St. Anthony Regional Hospital, PO box 628, Carroll, IA 51401. La cancelación no será efectiva hasta su recepción por parte del arriba mencionado.

Entiendo que cualquier divulgación que se haya realizado antes de mi cancelación de conformidad con esta autorización, no constituirá una violación de mis derechos de confidencialidad. La liberación de esta información conlleva el potencial de re-divulgación no autorizada y una vez que la información se divulga, es posible que ya no este protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Entiendo que puedo revisar la información divulgada a hacer preguntas contactando al Director de gestión de información de salud en la dirección indicada anteriormente.

Entiendo que St. Anthony no se requiera completar este formulario como condición para el tratamiento. Sin embargo, cuando la prestación de servicios sea únicamente con el propósito de crear un informe médico (información de salud protegida) para un tercero, la negativa a firmar puede resultar en la denegación.

Este acuerdo expirara un año después de la fecha de la firma, a menos que sea revocado previamente o se indique de otra manera (especifique el número de días o meses o fecha) _____

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Dirección postal completa/apartado de correos

Ciudad/Estado/ Código Postal

Relación si no es paciente

Firma de testigo

Fecha de expiración de autorización

Al completar este formulario solo recibirá los registros del hospital, no los registros de la clínica.

Administración de información sanitaria

Teléfono: (712) 794-5557 Fax: (712) 794-5480