

Autorización para divulgar información de salud

I. Autorizo la divulgación de la siguiente información (marque las casillas correspondientes a continuación):

✓	Tipo de registro	Fechas	
	Hospital	Hasta	Desde
	Registro de sala de emergencias		
	Historial y reporte físico.		
	Informe de consulta		
	Informe operativo		
	Notas de progreso del médico / proveedor		
	Resumen del alta		
	Informes de diagnóstico por imágenes/radiología (especificar):		
	Resultados de laboratorio/patología (especificar):		
	Clínica Ambulatoria		
	Notas del consultorio del médico o proveedor		
	Información relacionada con (especificar):		
	Otro:		
	Historial médico completo (para fechas específicas):		

II. Me gustaría que la siguiente información se incluya en los materiales divulgados (marque las casillas correspondientes a continuación):

- Abuso de alcohol y drogas
 Salud Mental
 Enfermedad de transmisión sexual
 VIH/SIDA

A. **Si se marca alguna de estas casillas, se aplicará la siguiente notificación:** *Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR, Parte 2). Las normas federales le prohíben realizar cualquier otra divulgación de esta información a menos que se permita expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o de otra manera lo permita la 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas. [52 FR 21809, 9 de junio de 1987; 52 FR 41997, 2 de noviembre de 1987].*

III. Me gustaría que la información descrita anteriormente se prepare mediante el siguiente proceso:

- Fotocopia Archivo Electrónico Disco compacto (imágenes radiológicas)

IV. Me gustaría que la información descrita anteriormente me fuera entregada mediante el siguiente proceso:

- Enviado por correo Enviado por correo electrónico seguro

V. Entiendo que:

- A. La autorización para la divulgación de información médica es voluntaria. Trios/Lourdes Health no condicionará el tratamiento a que yo proporcione esta autorización.
- B. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al Departamento de Gestión de Registros Médicos/Información de Salud.
- C. Si revoco esta autorización, la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en base a esta autorización.
- D. Una vez que se divulga la información, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede no estar protegida por las leyes de privacidad federales y estatales.

VI. Esta autorización vencerá el (insertar fecha) _____. Si no se especifica, esta autorización caducará a los 365 días de su firma.

Autorización para divulgar información de salud Gestión de información de salud Rev 1/22/25 Página 1	Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento del Paciente: Número de Teléfono:
---	--

