

Autorización/Solicitud de divulgación de información médica

Instrucciones	Asegúrese de llenar todos los espacios en blanco. No hacerlo podría impedir o retrasar el procesamiento
INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Nombre (Legal/Soltera/Otro) _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____
ENTIDAD DIVULGANTE (Quién está autorizada a divulgar la información)	Nombre del proveedor: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____ Teléfono: _____ Fax _____
ENTIDAD RECEPTORA: (Dónde desea que se envíe la información)	Nombre del solicitante: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
INFORMACIÓN SOLICITADA (Pueden aplicar cargos)	Fechas de servicio: _____ <input type="checkbox"/> Registros pertinentes - Visitas más recientes al consultorio, visitas al hospital, reportes operativos y pruebas <input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones <input type="checkbox"/> ECG/Pruebas de cardiología <input type="checkbox"/> Radiología <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos <input type="checkbox"/> Otros _____
PROPÓSITO DEL ALTA (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Atención continua <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Transferencia de la atención <input type="checkbox"/> Otro _____
FORMATO SOLICITADO	<input type="checkbox"/> Impreso <input type="checkbox"/> CD (Protegido con contraseña) <input type="checkbox"/> Enviado por correo <input type="checkbox"/> Enviado por fax a: _____ <input type="checkbox"/> Llamada _____ al (# de teléfono) _____ Fecha de recolección _____
** AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA LEY ESTATAL O FEDERAL* POR FAVOR MARQUE CADA CASILLA QUE USTED NO AUTORICE Específicamente no autorizo la divulgación de información que pueda incluir o relacionarse con: <input type="checkbox"/> Uso/abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Información relacionada con ETS/VIH <input type="checkbox"/> Información genética	

8310-073-W-2s-3 (Rev. 6-13-18)



_____ Firma del paciente o Representante legal	_____ Relación
<p>Prohibición de condicionar la autorización: MercyOne Des Moines Medical Center, MercyOne Central Iowa Clinics o MercyOne Iowa Heart Centers no condicionarán el tratamiento, el pago o la inscripción/elegibilidad para los beneficios a la firma de esta autorización a menos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esté recibiendo un tratamiento relacionado con investigación o • La única razón por la que el centro le brinda atención médica es para hacer un reporte a un tercero como su empleador (por ejemplo, condición física para regresar al trabajo) o la escuela (por ejemplo, participación en deportes). 	
<p>VENCIMIENTO: Esta autorización estará vigente durante _____ meses pero no durante más de un año a partir de la fecha en que se firmó.</p>	
<p>REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto hasta el punto en que ya se hayan tomado medidas bajo la misma, mediante un aviso por escrito.</p>	
<p>INSPECCIÓN: Entiendo que tengo derecho a inspeccionar la información que se divulgará después de la debida notificación y bajo las condiciones apropiadas establecidas por MercyOne Des Moines Medical Center, MercyOne Central Iowa Clinics o MercyOne Iowa Heart Centers.</p>	

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE PUEDE HABER UNA TARIFA ASOCIADA A SU SOLICITUD

Las declaraciones hechas en esta autorización son vinculantes y determinantes, además de que entiendo que tienen prioridad sobre las declaraciones del Aviso de Prácticas de Privacidad de la organización.

 Firma del paciente o Representante legal

 Fecha:

 Relación con el paciente, si no firma el paciente:

 Testigo

PROHIBICIÓN DE NUEVA DIVULGACIÓN
 Esta información le ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas de confidencialidad federales (42 CFR parte 2) y los requisitos estatales (Código de Iowa, cap. 228). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de la información de este registro que identifique a un paciente tiene o ha tenido un trastorno por uso de sustancias, ya sea directamente, por referencia a la información disponible públicamente o mediante la verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida a través del consentimiento por escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para divulgar información médica o de otra naturaleza NO es suficiente para este fin (ver § 2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar en relación con un delito a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto por lo dispuesto en las secciones 2.12(c)(5) y 2.65.