



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Historias clínicas | L-V de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. | Teléfono: 402-644-7602 | Fax: 402-644-7510

**\*\* Deben completarse todos los campos**

## 1. \*\*Esta autorización es sobre el siguiente paciente:

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombres anteriores \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 2. \*\*Autorizo a Faith Regional Health Services/Physician Services a hacer lo siguiente: (Seleccionar una opción)

- Divulgar** mi historia clínica a: (usted, su cónyuge, otro proveedor, compañía de seguros, etc.)
- Solicitarle** mi historial a: (Otra instalación de la que desee que FRHS obtenga su historia clínica)

<b>Nombre:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ <b>Atención a:</b> _____ <b>Teléfono:</b> _____ <b>Fax:</b> _____	<b>Forma de entrega:</b> (Seleccionar una opción) <input type="checkbox"/> Correo a: _____ _____ <input type="checkbox"/> Fax a: _____ _____ <input type="checkbox"/> Recogida en: _____ <small>(Identificación con fotografía obligatoria)</small>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 3. \*\*Fechas de los servicios requeridos:

\_\_\_\_\_

## 4. \*\*Historial que se divulgará:

- |                                                           |                                                        |                                                 |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Informe de alta                  | <input type="checkbox"/> Informe patológico/operatorio | <input type="checkbox"/> Informes cardiológicos |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico | <input type="checkbox"/> Consultas                     | <input type="checkbox"/> CD de radiografías     |
| <input type="checkbox"/> Informe de Urgencias             | <input type="checkbox"/> Informes de radiología        | <input type="checkbox"/> Otro _____             |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso                | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio       |                                                 |

## 5. \*\* Asimismo, autorizo la divulgación de mi información en relación con lo siguiente (colocar sus iniciales en las opciones que correspondan)

- Farmacodependencia/Abuso de sustancias \_\_\_\_\_  Notas/exámenes de salud mental \_\_\_\_\_
- Pruebas/tratamiento de VIH/SIDA \_\_\_\_\_

## 6. \*\*Motivo de esta divulgación:

- Atención continua     Seguro médico     Legal     Uso personal     Otro \_\_\_\_\_

## Declaración de autorización:

- Comprendo que, excepto para investigaciones y tratamientos relacionados, FRHS no considerará la firma de esta autorización como una condición de mi tratamiento.
- Exceptuando cualquier medida que ya se haya tomado, comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita a los Servicios de Información Médica (Historias Clínicas). Las fotocopias y los fax de esta autorización tendrán el mismo valor que el original.
- No autorizo ninguna otra divulgación a ningún tercero. Comprendo que, una vez divulgada la información según se especifica en esta autorización, la instalación, sus empleados y mis médicos no pueden prevenir que la divulgación posterior esta información. Por el presente, eximo a todos ellos de cualquier responsabilidad que surja en relación, directa o indirecta, con la divulgación autorizada mediante este consentimiento y cualquier divulgación posterior de esa información.
- Acepto que una fotocopia de esta autorización es igual de válida que su original. Comprendo que puedo, previa solicitud, revisar la información que se divulgará

\_\_\_\_\_  
\*\*Firma del paciente/representante legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Motivo por el cual el paciente no puede firmar

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (Autorización verbal únicamente)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (Autorización verbal únicamente)

Records released by: \_\_\_\_\_

Date mailed/faxed/picked up: \_\_\_\_\_

MRN.: \_\_\_\_\_  
LG0005NSG084 09/2020  
HIM ROI Authorization

OFFICE USE ONLY

PATIENT LABEL  
HERE