

## AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA

**Información del Paciente: Doy permiso para entregar información de salud de:**

**(Un paciente por formulario)**

Nombre del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____	Ciudad, Estado, Código postal: _____
Teléfono: ( ) _____	Dirección de correo electrónico: _____

Al dar su dirección de correo electrónico, usted reconoce y acepta los riesgos descritos en las [Pautas sobre Comunicaciones Electrónicas publicada en atriumhealth.org](#)

<b>Entregar información de:</b>  (Indique los Consultorio(s) y/o Instalación(es) aplicable(s))  _____ _____ (Número de teléfono) (Número de fax)	<b>Entregar información a:</b>  (Nombre de la institución, persona, empresa) (Relación) _____ (Dirección o Apartado Postal / PO Box, Estado, Código Postal) _____ (Número de teléfono) (Número de fax)
--	--

**PROPÓSITO DE LA ENTREGA (marque razón):**  Solicitud individual/ representante personal  Cuidado continuo del paciente  Seguros  
 Propósito legal, incluidos debates y procesos judicial  Otro \_\_\_\_\_

**Indicar las fechas de tratamiento del historial médico a ser entregado:**  
 Fechas de tratamiento: Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

<b>Historial Médico (marque todas las que apliquen):</b> <input type="checkbox"/> Resumen de la Instalación (incluir lo que está en <b>negrilla</b> ) <input type="checkbox"/> <b>Resumen de Alta</b> <input type="checkbox"/> <b>Historial y Físico</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes de Consultas</b> <input type="checkbox"/> <b>Visitas al Consultorio/Domicilio</b> <input type="checkbox"/> <b>Registros de Emergencias</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes Operativos</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes de Laboratorio</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes de Patología</b> <input type="checkbox"/> <b>Informes de Radiología/Rayos X</b> <input type="checkbox"/> <b>Inmunizaciones</b>  <input type="checkbox"/> Historial Médico Completo (No incluye facturación e imagenología) <input type="checkbox"/> Otro: _____  <input type="checkbox"/> Notas de terapia (Ocupacional/Física/Lenguaje) <input type="checkbox"/> Informes de Estudios del Sueño	<b>Imagenología (requiere formato en CD):</b> <input type="checkbox"/> Imágenes de Radiología <input type="checkbox"/> Imágenes de Cardiología (Eco, Laboratorio de Cateterismo) <input type="checkbox"/> Imágenes de Neurología (EEG) <input type="checkbox"/> Ultrasonido de Obstetricia y Ginecología (OBGYN) <input type="checkbox"/> Otras imágenes: _____	<b>Facturación:</b> <input type="checkbox"/> Factura(s) detallada(s) <input type="checkbox"/> Formulario UB04 <input type="checkbox"/> Formulario CMS 1500 <input type="checkbox"/> Otras Facturas: _____
---	--	---

<b>FORMATO:</b> <input type="checkbox"/> CD (pueden aplicarse cargos) <input type="checkbox"/> Correo Electrónico indicado arriba, cuando esté permitido <input type="checkbox"/> Copia en papel (pueden aplicarse cargos) <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>MÉTODO DE ENTREGA:</b> <input type="checkbox"/> Servicio postal de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Fax, cuando esté permitido: _____ <input type="checkbox"/> Para ser recogidos en este sitio: _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---

**DERECHOS DEL PACIENTE - Entiendo que:**

- Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Tengo que cancelar por escrito y enviar o entregar la cancelación al consultorio a la instalación que entrega la información indicada arriba. Cualquier cancelación aplicará únicamente a la información aún no publicada por dicha instalación o consultorio.
- Esta es una entrega completa, incluyendo información relacionada con el tratamiento de comportamiento / salud mental, del tratamiento de abuso de drogas y alcohol (en cumplimiento con el 42 CFR Parte 2), información genética, VIH / SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Una vez que se entrega mi información de salud, el destinatario puede revelar o compartir mi información con otras personas y mi información puede no estar protegida por las protecciones federales y estatales de privacidad. Los registros protegidos por el 42 CFR Parte 2 no pueden ser revelados sin mi consentimiento adicional
- El negarme a firmar este formulario no impedirá mi capacidad de recibir tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios.
- Atrium Health no compartirá ni usará mi información médica sin mi permiso salvo en las formas que figura en el Aviso de Prácticas de Privacidad o según exija la ley. El Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en atriumhealth.org.
- Tengo derecho a una copia de esta Autorización.

Este permiso se vence un año después de la fecha de mi firma a menos que otra fecha o evento se escriba aquí: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este formulario en nombre del paciente. Anote la relación/ autoridad si la firma no es la del paciente (Se PUEDE solicitar una prueba escrita)

<input type="checkbox"/> Agente de salud/Poder notarial	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Ejecutor/Administrador/Apoderado	<input type="checkbox"/> Esposo/Esposa
<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Hijo/a adulto	<input type="checkbox"/> Pariente más cercano por declaración jurada	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Nota: Si el menor de edad dio su consentimiento a un médico autorizado para su tratamiento por embarazo, enfermedad de transmisión sexual, salud mental/conductual ambulatoria o tratamiento ambulatorio de sustancias controladas o alcohol sin el consentimiento de los padres, el menor debe firmar esta autorización. Cuando el paciente es un menor de edad que está siendo tratado por un trastorno de uso de sustancias y el padre o tutor dio su consentimiento para dicho tratamiento, tanto el menor como el padre/la madre o tutor deben firmar esta autorización.

Firma del menor: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de entrega: \_\_\_\_\_ vía:  Correo  Fax  Otro \_\_\_\_\_  ID verificada  Licencia de conducir/otra identificación (ID)

Atrium Health Teammate Name & Department: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ # of Pages: \_\_\_\_\_

Rev. agosto 2021  	 <b>Atrium Health</b> AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION-Spanish Página 1 de 1	Place Patient Label Here
--	---	--------------------------