

**Frederick Health**  
**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

<b>Nombre del paciente</b> _____ (Imprima con claridad y enumere los nombres anteriores que ha usado)	<b>No. del Expediente Médico</b> _____ (Para uso en nuestra oficina solamente)													
<b>Dirección del paciente</b> _____														
<b>Fecha de Nacimiento</b> /    / Mes      Día      Año	<b>Teléfono (casa)</b> _____ <b>(Celular)</b> _____													
Para su seguridad, los antecedentes no pueden ser revelados por correo electrónico.														
<b>Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la persona mencionada anteriormente a como se describe a continuación:</b>														
<b>Divulgación de Expedientes Del Local de:</b>  <b>Divulgación de Expedientes A:</b>	<input type="checkbox"/> _____ (ubicación) Dirección _____  Teléfono _____ Fax _____ (240) 566-3634													
	<input type="checkbox"/> _____ (Nombre del local/organización/persona) Dirección _____  Teléfono _____ Fax _____													
<b>Información a ser divulgada o revisada</b>	<input type="checkbox"/> Si el expediente se le está entregando al paciente, favor marque aquí si desea que el sobre diga "Personal y Confidencial" <input type="checkbox"/> copias en papel <input type="checkbox"/> copia electrónica (CD)													
	La siguiente información a ser divulgada (marque los apropiados): <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Historial y examen físico</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Electrocardiograma/Ecografía</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consultas</td> <td><input type="checkbox"/> Radiología - Imágenes y/o reportes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sala de Emergencias</td> <td><input type="checkbox"/> Rehabilitación (física/ocupacional/habla) como paciente ambulante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reporte quirúrgico</td> <td><input type="checkbox"/> Drogas, alcohol o VIH</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resumen al ser dado de alta</td> <td><input type="checkbox"/> Expediente psiquiátrico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reportes del laboratorio / patología</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro: favor especificar _____</td> <td></td> </tr> </table> Fechas de los tratamientos _____	<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma/Ecografía	<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Radiología - Imágenes y/o reportes	<input type="checkbox"/> Sala de Emergencias	<input type="checkbox"/> Rehabilitación (física/ocupacional/habla) como paciente ambulante	<input type="checkbox"/> Reporte quirúrgico	<input type="checkbox"/> Drogas, alcohol o VIH	<input type="checkbox"/> Resumen al ser dado de alta	<input type="checkbox"/> Expediente psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Reportes del laboratorio / patología		<input type="checkbox"/> Otro: favor especificar _____
<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma/Ecografía													
<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Radiología - Imágenes y/o reportes													
<input type="checkbox"/> Sala de Emergencias	<input type="checkbox"/> Rehabilitación (física/ocupacional/habla) como paciente ambulante													
<input type="checkbox"/> Reporte quirúrgico	<input type="checkbox"/> Drogas, alcohol o VIH													
<input type="checkbox"/> Resumen al ser dado de alta	<input type="checkbox"/> Expediente psiquiátrico													
<input type="checkbox"/> Reportes del laboratorio / patología														
<input type="checkbox"/> Otro: favor especificar _____														
<b>Propósito para la divulgación de su expediente</b>	Me gustaría esta información divulgada para el siguiente propósito: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Seguimiento con otro doctor</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Uso personal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Seguro de salud</td> <td><input type="checkbox"/> Asunto legal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad – Seguro Social</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Seguimiento con otro doctor	<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Seguro de salud	<input type="checkbox"/> Asunto legal	<input type="checkbox"/> Discapacidad – Seguro Social		<input type="checkbox"/> Otro _____						
	<input type="checkbox"/> Seguimiento con otro doctor	<input type="checkbox"/> Uso personal												
<input type="checkbox"/> Seguro de salud	<input type="checkbox"/> Asunto legal													
<input type="checkbox"/> Discapacidad – Seguro Social														
<input type="checkbox"/> Otro _____														
<b>He leído y entiendo lo siguiente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frederick Health divulgará todos los expedientes para los tratamientos para la salud mental, dependencia de drogas, anemia de células falciforme, condiciones genéticas y el VIH/SIDA. Si no deseo estos antecedentes divulgados, indicaré aquí que no deseo que estos expedientes sean divulgados con referencia a los siguientes: _____.</li> <li>• Si cambio de opinión, puedo escribirle al local donde he autorizado la divulgación de mi expediente. Esto no es aplicable para los expedientes que ya han sido divulgados.</li> <li>• Esta autorización expira un año después de haberlo firmado o antes (especifique aquí: _____) el período de tiempo incluido aquí puede exceder solamente un año en ciertas situaciones especificadas por la ley.</li> <li>• Pueda que haya un costo por la divulgación de estos expedientes, de acuerdo con las leyes del estado de Maryland.</li> <li>• Una vez que se hayan divulgado los expedientes, Frederick Health no podrá prevenir que sean divulgados a un tercer partido.</li> <li>• Para que este formulario sea válido, tendrá que ser llenado por completo y firmado. Una copia será válida solamente si no ha sido modificada.</li> <li>• Si no firmo este formulario, de todas maneras se me dará el tratamiento necesario, a menos que dicho tratamiento forme parte de un proyecto de estudio que requiera esta autorización.</li> </ul>														
Firma del paciente _____      Fecha _____ Hora _____														
Representante autorizado _____      Fecha _____ Hora _____														
Relación con el paciente _____ Letra de imprenta _____ (Padre, tutor legal, poder, etc.) (Favor imprimir el nombre de la persona autorizada, si ésta está firmando)														
ID checked/verified by HIM _____      Razón por lo que el paciente no puede firmar <input type="checkbox"/> menor de edad <input type="checkbox"/> fallecido <input type="checkbox"/> otro: _____														

