

Frederick Health
AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente _____ **No. del Expediente Médico** _____
(Imprima con claridad y enumere los nombres anteriores que ha usado) (Para uso en nuestra oficina solamente)

Dirección del paciente _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ **Teléfono (casa)** _____ **(Celular)** _____
Mes Día Año

Para su seguridad, los antecedentes no pueden ser revelados por correo electrónico.

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la persona mencionada anteriormente a como se describe a continuación:

Divulgación de Expedientes Del Local de:	<input type="checkbox"/> _____ (ubicación) Dirección _____ Teléfono _____ Fax (240) 566-3634
Divulgación de Expedientes A:	<input type="checkbox"/> _____ (Nombre del local/organización/persona) Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____ <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)
Información a ser divulgada o revisada	La siguiente información a ser divulgada (marque los apropiados): <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Historial y examen físico <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Sala de Emergencias <input type="checkbox"/> Reporte quirúrgico <input type="checkbox"/> Resumen al ser dado de alta <input type="checkbox"/> Reportes del laboratorio / patología <input type="checkbox"/> Otro: favor especificar _____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Electrocardiograma/Ecografía <input type="checkbox"/> Radiología - Imágenes y/o reportes <input type="checkbox"/> Rehabilitación (física/ocupacional/habla) como paciente ambulatorio <input type="checkbox"/> Drogas, alcohol o VIH <input type="checkbox"/> Expediente psiquiátrico </div> </div> Fechas de los tratamientos _____
Propósito para la divulgación de su expediente	Me gustaría esta información divulgada para el siguiente propósito: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Seguimiento con otro doctor <input type="checkbox"/> Seguro de salud <input type="checkbox"/> Discapacidad – Seguro Social <input type="checkbox"/> Otro _____ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Asunto legal </div> </div>

He leído y entiendo lo siguiente:

- 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: _____.
- 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.
- 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.
- Pueda que haya un costo por la divulgación de estos expedientes, de acuerdo con las leyes del estado de Maryland.
- Una vez que se hayan divulgado los expedientes, Frederick Health no podrá prevenir que sean divulgados a un tercer partido.
- Para que este formulario sea válido, tendrá que ser llenado por completo y firmado. Una copia será válida solamente si no ha sido modificada.
- 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.

Firma del paciente _____	Fecha _____	Hora _____	Representante autorizado _____	Fecha _____	Hora _____
--------------------------	-------------	------------	--------------------------------	-------------	------------

Letra de imprenta _____ Relación con el paciente _____
(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 ☐ menor de edad ☐ fallecido ☐ otro: _____

