

Autorización para liberar / Obtener información médica

Por favor, complete todas las secciones.

Apellido del paciente _____	Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____	MR# _____
Nombre de soltera _____	Número de teléfono _____	Correo electrónico _____	

Fecha(s) de servicio: de: _____ **a:** _____

Autorizo que mis registros sean liberados de: _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/CEP _____

Autorizo la liberación de mis registros a: _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/CEP _____

Fax _____

Información específica autorizada para su publicación – Cumple todas las casillas correspondientes

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Notas de Servicio de Emergencia | ☐ Informe operativo | ☐ Informes de Servicios de Rehabilitación, Terapia Ocupacional/Fisioterapias |
| ☐ Resumen de alta | ☐ EKG(s) | ☐ Historia psiquiátrica y física |
| ☐ Historia y Examen Físico | ☐ Informe(s) de patología / resultados de laboratorio | ☐ Evaluación psiquiátrica |
| ☐ Notas de progreso/Consultas | ☐ Correo/Verbal Acn# _____ | ☐ Psychiatric Discharge Summary |
| ☐ Informes de Radiología | ☐ Registros de facturación | ☐ Complete Medical Record |
| ☐ Imágenes de radiología | ☐ Otros _____ | |

Propósito de la divulgación

- ☐ Abogado/Legal
 ☐ Seguros/Compensación de Trabajadores
 ☐ Motivos personales
 ☐ Tratamiento

Entiendo que esto incluirá información relacionada con: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), relacionado con el SIDA (ARC), enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, hepatitis, enfermedades transmisibles, enfermedades infecciosas, servicios de salud mental y/o registros de trastornos por consumo de sustancias (protegidos bajo 42 CFR Parte 2 (aplican restricciones adicionales en la Re-divulgación))

Publicación de información

- Entiendo que esta autorización se extiende a todos los historiales médicos de otros proveedores en la medida indicada anteriormente; esto puede incluir cualquier información sobre trastornos/tratamientos por consumo de sustancias protegidos por 42 CFR Parte 2, servicios de salud mental, enfermedades transmisibles e infecciosas, incluyendo enfermedades de transmisión sexual, infección por VIH, relacionado con inmunodeficiencia adquirida, enfermedades venéreas, hepatitis o tuberculosis.
- Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se va a divulgar y que, tras la inspección, negarme a firmar la autorización o revocarla en cualquier momento si ya está firmada enviando una revocación por escrito al Departamento de Historiales Médicos de Holland Hospital. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Salvo que se revoque lo contrario, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no especifico una fecha de caducidad, evento o condición, esta autorización expirará en seis (6) meses.
- Entiendo que cualquier divulgación de esta información conlleva la posibilidad de ser Re divulgada y que la información puede no estar protegida por normas o regulaciones federales o estatales de confidencialidad.
- Entiendo que mi tratamiento continuado o futuro o pago a Holland Hospital no está condicionado a que yo proporcione o firme esta autorización, salvo que esta autorización se conceda con el propósito de proporcionar datos relacionados con investigaciones médicas o de ensayos clínicos. La firma de esta autorización es voluntaria.

☐ Me han proporcionado una copia de esta autorización para mis registros.

Firma del paciente o persona autorizada para consentir: _____ Fecha: _____

Nota: Si la firma está marcada por X, debes tener dos testigos.

Relación, si no es el paciente, tutor legal – adjuntar documentación: _____

Testigo: _____ Testigo: _____

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de Registros Médicos de Holland Hospital al (616) 394-3154 o envíe un fax al (616) 394-3285. Los formularios completados pueden enviarse por correo electrónico a medicalrecords@hollandhospital.org.

