

Autorización para DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorización para acceder a la historia clínica de:																				
Apellido		Nombre		Segundo nombre																
				Fecha de nacimiento																
☐ Masculino	☐ Femenino	Nº de Seguro Social	Nombre previo	Número de teléfono																
Solicitar información a (proveedores externos):																				
Nombre de la institución:			Número de teléfono	Número de fax																
Dirección.		Ciudad	Estado	Código postal																
Divulgar información a:																				
Nombre:																				
Número de teléfono (incluirl código de área)			Número de fax (incluirl código de área)																	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:																
Marque todas las opciones que correspondan: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>☐ Historia clínica</td> <td>☐ Mamografía</td> <td>☐ Declaraciones de facturación</td> </tr> <tr> <td>☐ Notas de progreso y tratamiento</td> <td>☐ Colonoscopia</td> <td>☐ Prescripciones (historial farmacéutico)</td> </tr> <tr> <td>☐ Informes de radiografías y/o imágenes</td> <td>☐ Atención prenatal</td> <td>☐ Otro: _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Resultados de laboratorio</td> <td>☐ Ultrasonido obstétrico</td> <td>☐ La entrada más reciente en su historia clínica referente a: _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Inmunizaciones</td> <td>☐ Informes de patología</td> <td></td> </tr> </table>						☐ Historia clínica	☐ Mamografía	☐ Declaraciones de facturación	☐ Notas de progreso y tratamiento	☐ Colonoscopia	☐ Prescripciones (historial farmacéutico)	☐ Informes de radiografías y/o imágenes	☐ Atención prenatal	☐ Otro: _____	☐ Resultados de laboratorio	☐ Ultrasonido obstétrico	☐ La entrada más reciente en su historia clínica referente a: _____	☐ Inmunizaciones	☐ Informes de patología	
☐ Historia clínica	☐ Mamografía	☐ Declaraciones de facturación																		
☐ Notas de progreso y tratamiento	☐ Colonoscopia	☐ Prescripciones (historial farmacéutico)																		
☐ Informes de radiografías y/o imágenes	☐ Atención prenatal	☐ Otro: _____																		
☐ Resultados de laboratorio	☐ Ultrasonido obstétrico	☐ La entrada más reciente en su historia clínica referente a: _____																		
☐ Inmunizaciones	☐ Informes de patología																			
Todos los registros a partir de esta fecha _____ Hasta la fecha: _____																				
Propósito de la divulgación ☐ A solicitud del individuo ☐ Otro (por favor especifique) _____																				
Doy permiso para divulgar las siguientes entradas de mi historia clínica (Marque con iniciales todas las que correspondan):																				
_____ Resultados de pruebas, diagnósticos o registros de tratamiento de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual MCA 50-16-1000 _____ Información sobre pruebas genéticas _____ Registros de abuso de alcohol y drogas (protegidos por la Regla de Confidencialidad Federal 42 CFR Parte 2) _____ Detalles del diagnóstico y/o tratamiento de salud mental dado por un consejero de Salud Mental con licencia _____ Detalles del asesoramiento para víctimas de violencia doméstica _____ Detalles del asesoramiento para víctimas de agresión sexual																				
Entiendo que toda la información de atención médica ya sea generada por ustedes o por cualquier otra fuente, puede ser divulgada a mí o a la persona antes designada para tal propósito. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero entiendo que la revocación no afectará ninguna información que ya se haya divulgado. Este consentimiento es válido por seis (6) meses o hasta la fecha de vencimiento indicada en la autorización, lo que ocurra primero. Vencimiento. ____/____/20____. Una copia de este formulario es válida para dar mi permiso para liberar registros. MCA 50-16-531. One Health puede cobrar por dar copias de su historia clínica. MCA-50-16-816.																				
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN:																				
Autorizo la siguiente divulgación de información de mi historia clínica. Entiendo que la información puede suministrarse verbalmente, por correo, fax o entrega personal. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para beneficios. Mis preguntas sobre este formulario de autorización fueron respondidas.																				



Autorización para DIVULGAR INFORMACIÓN

AUTORIZADO POR (FIRMA)	FECHA DE LA FIRMA	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYENDO CÓDIGO DE ÁREA)
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	TESTIGO (FIRMA Y NOMBRE EN LETRA DE MOLDE, SI CORRESPONDE)	
Si no soy la persona cuyos registros se están liberando. Estoy autorizado para firmar porque soy: ☐ El padre/la madre ☐ El/a tutor(a) legal (adjuntar copia de la orden judicial) ☐ Otro(a)		

A quien reciba información en virtud de esta autorización: las leyes y regulaciones federales y estatales protegen la información que se le ha revelado. Usted no puede divulgarla a ninguna otra persona o entidad sin un consentimiento específico por escrito. Usted está sujeto a los mismos estándares y leyes de confidencialidad que el titular original de la historia clínica.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE DIVULGACIÓN

Propósito: utilice este formulario cuando desee que un servicio o programa de este centro pueda compartir información confidencial sobre usted con otra persona (incluyendo a un(a) abogado(a) o familiar). Puede utilizarlo para solicitar todas las entradas de su historia clínica que este centro tenga o puede limitar la autorización a las entradas que usted especifique. Cualquier servicio y todas las dependencias de este centro reconocerán el permiso otorgado por este formulario. Esta autorización también permitirá que este centro discuta verbalmente su caso con la persona que usted autorice. La mayoría de la información que este centro tiene sobre usted es confidencial y no se revelará a nadie más a menos que usted lo autorice.

Uso de este formulario: debe completarse un formulario por cada persona cuya historia se solicite, incluidos los niños. En las instrucciones, “usted” se refiere a la persona cuya historia se solicite.

Partes del formulario:

IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA:

- **Nombre:** Indique su nombre completo o el nombre de la persona cuya historia se solicita si está autorizando la liberación de información sobre otra persona.
- **Fecha de nacimiento:** Incluya esta información necesaria para identificarte de personas con nombres similares.

INFORMACIÓN OPCIONAL para ayudar a localizar la historia clínica:

- **Número de Seguro social (SS#):** Puede incluir un número de seguro social que podría ayudar a localizar la historia clínica solicitada.
- **Nombres anteriores:** Incluya cualquier otro nombre que haya utilizado al recibir servicios.

INFORMACIÓN SOLICITADA DE (proveedores externos):

- **Nombre del centro:** Nombre de la clínica y médico que brinda servicios a los que solicita la historia clínica.
- **Número de teléfono/fax:** Proporcione los números de teléfono y/o fax del médico o clínica, incluyendo el código de área.
- **Dirección incluyendo ciudad, estado y Código postal:** Del médico o clínica.

PERSONA QUE RECIBE LA HISTORIA:

- **Identificación:** Por favor, llene esta información de la forma más completa posible para que podamos contactar a la persona o programa que tendrá acceso a la información.

AUTORIZACIÓN:

- **Casillas de servicio:** Seleccione la casilla adecuada que represente el tipo de entradas en su historia clínica que desea liberar.
- **Información intercambiada:** Indique todos los tipos de entradas en su historia clínica que desea liberar. Sin embargo, si los registros incluyen información sobre pruebas o tratamiento de VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual, pruebas genéticas, salud mental, o abuso de drogas y alcohol, debe poner sus iniciales en cada uno de estos puntos específicos para otorgar permiso de compartir esta información.
- **Validez:** Este formulario es válido para divulgar la información que este centro resguarda o la que obtenga dentro de los noventa días posteriores a la firma o hasta la fecha de vencimiento indicada en la autorización, lo que ocurra primero. Puede revocar la autorización para divulgar su historia clínica en cualquier momento, pero será demasiado tarde para recuperar información que ya se haya divulgado.
- **Costo:** La ley de divulgación pública en MCA 50-16-512 permite a este centro cobrar por copias de su historia clínica, bajo MCA 50-16-816 y CFR164.524.

FIRMAS:

- **Autoridad:** A continuación, firme y escriba también su nombre a máquina o en letra de molde. Indique la fecha en que firmó el formulario y su número de teléfono en caso de que el centro desee hacerle alguna pregunta. Si está firmando en nombre de otra persona, indique por qué puede hacerlo en la última línea y adjunte una copia de la orden judicial u otro documento que le otorgue esta autoridad. Los niños deben firmar para autorizar la divulgación de su propia historia clínica si tienen la edad legal para hacerlo (13 años de edad para servicios de salud mental y drogas y alcohol; 14 años de edad para información sobre VIH/SIDA u otras ETS). Las personas de 18 años de edad o más deben firmar para autorizar la divulgación de cualquier historia clínica. Si se requiere un testigo, esa persona debe firmar y escribir su nombre en el espacio marcado.

NOTA AL INTERCAMBIAR INFORMACIÓN:

- Tenga en cuenta que la información divulgada está sujeta a las mismas protecciones de confidencialidad que tenía en este centro. Si desea que divulguemos información a alguien no mencionado en este formulario al momento de la firma, deberá completar otro formulario de divulgación.

AVISO PARA One Health: Si alguna parte de los servicios de este centro envía copias de entradas de historias clínicas relativas a servicios de drogadicción o alcohol en virtud de esta divulgación, los servicios deberán incluir la siguiente declaración al divulgar información según lo requerido por 42 CFR 2.32:

“Esta información se le ha revelado a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales le prohíben realizar cualquier otra divulgación de esta información a menos que se le permita expresamente mediante consentimiento por escrito de la persona a la cual concierne o según lo permitido por la parte 2 del 42 CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por el abuso de alcohol o drogas”.