

## Autorización del Paciente para la Divulgación de Información Médica Patient Authorization for Disclosure of Health Information

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre anterior/de soltera: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo la divulgación/entrega de mi información (La solicitud debe tener direcciones completas):**

**Para:** Nombre \_\_\_\_\_ **De:** Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono/Fax \_\_\_\_\_ Teléfono/Fax \_\_\_\_\_

**La persona que aparece arriba es un empleado de NMHS:** Acceso a todos los registros médicos de NMHS por parte del familiar empleado identificado arriba

**Información que se divulgará/entregará:** Fecha(s) del servicio solicitada(s): Desde \_\_\_\_\_ (fecha) hasta \_\_\_\_\_ (fecha)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen (resumen del alta, historial y exámenes físicos, informes quirúrgicos, consultas y resultados de pruebas) | <input type="checkbox"/> Radiología: <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Imágenes | <input type="checkbox"/> Salud mental y/o del comportamiento Expedientes (except notas de psicoterapia) |
| <input type="checkbox"/> Todo el expediente médico   | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos   | <input type="checkbox"/> Registros sobre trastornos por uso de sustancias                               |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta  | <input type="checkbox"/> Registros de vacunación   | <input type="checkbox"/> Toda la información sobre trastornos por uso de sustancias                     |
| <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio/patología   | <input type="checkbox"/> Expedientes del Departamento de Emergencias                                     | <input type="checkbox"/> Solo la siguiente información sobre uso de sustancias:                         |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____   | <input type="checkbox"/> Terapia física/Terapia ocupacional  |   |
|  | <input type="checkbox"/> Salud del empleado  |   |

**El propósito para divulgar u obtener la información antes mencionada es:**

- Continuidad del cuidado  Seguro/Cobranza  Legal  Personal  Otro: \_\_\_\_\_

**Formato y método de entrega de la divulgación:**

- Electrónico, a través de correo electrónico encriptado: \_\_\_\_\_  
 CD y/o  Papel  Otro: \_\_\_\_\_  
 Envíe por correo  Yo lo recogeré en Methodist Physicians Clinic Regency

**Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:**

- Las solicitudes de copias de los registros médicos están sujetas a costos de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales y estatales.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando un afiliado de NMHS ya haya actuado al amparo de su autorización. La revocación deberá hacerse por escrito ante el departamento de administración de información médica de la entidad que hace la divulgación. La dirección se encuentra en la página 2 (al reverso) de este formulario.
- A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá al cabo de un (1) año desde la fecha abajo indicada o al ocurrir la siguiente fecha/circunstancia/condición: \_\_\_\_\_
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada, y la información pudiera no estar protegida por normas federales de confidencialidad.
- La información divulgada puede contener datos sobre abuso de alcohol o drogas, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH o servicios pagados de bolsillo.

**Prohibición en cuanto a la nueva divulgación de registros sobre trastornos por uso de sustancias:** Los registros sobre trastornos por uso de sustancias están protegidos por la ley federal. La Parte 2 del Título 42 del CFR prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros. A petición mía, tengo derecho a recibir una lista de las entidades que recibieron mi información sobre trastornos por uso de sustancias.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado  
(Patient or Authorized Representative Signature)

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de molde  
(Printed Name)

\_\_\_\_\_  
Fecha  
(Date)

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente (si aplica)  
(Relationship to Patient (if applicable))

Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD**

Tenga en cuenta que el procesamiento puede tomar hasta 72 horas o tres días hábiles luego de la recepción de la solicitud por escrito.

Se les notificará a los solicitantes si se requiere más información o si los formularios están incompletos.

**Methodist Health System**  
**Departamento de Divulgación de Información**

10060 Regency Circle  
Omaha, NE 68114

Horarios de atención: De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Teléfono: 402-354-4660  
Fax: 402-354-1350  
NMHS.ROI@NMHS.org\*

**Todas las entidades de Methodist Health System**

Methodist Fremont Health  
Methodist Jennie Edmundson  
Nebraska Methodist Hospital  
Methodist Physicians Clinic  
Methodist Women's Hospital

\* Las comunicaciones que se envían por correo electrónico a través de Internet no son seguras. Existe la posibilidad de que la información que usted comparte en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por otros individuos además de la persona a quien va dirigida.

Solo para uso interno (For Office Use Only):		<input type="checkbox"/> HIM to complete
Date Received: _____	Location: _____	
MRN: _____	Pg. Count: _____	
FIN#: _____	Released By: _____	
Printed By: _____	Released Date: _____	
<input type="checkbox"/> Drivers License	<input type="checkbox"/> Patient ID Band	<input type="checkbox"/> Work ID Badge
<input type="checkbox"/> Law Enforcement	<input type="checkbox"/> Other _____	

Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD**