



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



(1) Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Apellido anterior/de soltera: _____

Autorizo al siguiente afiliado de Nebraska Methodist Health System (NMHS) a divulgar u obtener registros médicos: Methodist Physicians Clinic
 Methodist Hospital Methodist Women's Hospital Methodist Jennie Edmundson Hospital Methodist Fremont Health

(2) LA INFORMACIÓN SE DIVULGARÁ A:
INDICAR CADA CLÍNICA O PROVEEDOR ESPECÍFICO

ORGANIZACIÓN, MÉDICO O NOMBRE _____
DIRECCIÓN _____
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____
TELÉFONO _____ FAX _____

(3) LA INFORMACIÓN A OBTENER DE:
INDICAR CADA CLÍNICA O PROVEEDOR ESPECÍFICO

ORGANIZACIÓN, MÉDICO O NOMBRE _____
DIRECCIÓN _____
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____
TELÉFONO _____ FAX _____

(4) Formato de la divulgación: CD Correo electrónico Papel
(5) Método de entrega para registros médicos: Fax Correo postal Recoger Personalmente Portal del paciente
 Correo electrónico encriptado _____
(6) Intervalo de fechas en que la información se divulgará y obtendrá: Desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha).
(7) Solicito que la siguiente información se divulgue u obtenga:

- Resumen (resumen del alta, antecedentes y reconocimiento físico, informes quirúrgicos, consultas y resultados de pruebas).
- Diagnósticos
- Resumen del alta
- Registros del consultorio médico/clinica: Dr. _____
- Dunklau Gardens Nursing Home
- Registros médicos del Departamento de Emergencias
- Salud del empleado
- Antecedentes médicos y reconocimiento físico
- Atención médica a domicilio y cuidados paliativos
- Informes de laboratorio/patología
- Registros médicos sobre salud mental y conductual (sin incluir apuntes de psicoterapia)
- Informe(s) quirúrgico(s)
- Terapia física/terapia ocupacional
- Radiología: Informes Imágenes
- Registros sobre trastornos por uso de sustancias
- Toda la información sobre trastornos por uso de sustancias
- Solo parte de la información sobre mi trastorno por uso de sustancias: (especificar): _____
- Otro: _____
- Todo el registro (incluidos registros sobre trastornos por uso de sustancias)

Solo para empleados: Acceso a todos los registros médicos de NMHS por parte del familiar empleado identificado arriba

(8) El propósito de esta divulgación u obtención es:
 Continuación/Traslado/Derivación para atención Legal Otro: _____
 Médica o tratamiento Solicitud del paciente, padres u Otro representante autorizado
 Seguro médico/Facturación

(9) Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:
• Las solicitudes de copias de los registros médicos están sujetas a tarifas por concepto de reproducción de acuerdo con los reglamentos federales y estatales.
• Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando el afiliado de NMHS ya haya actuado al amparo de mi autorización. La revocación deberá hacerse por escrito ante el departamento de gestión de información médica de la entidad divulgante. La dirección se puede encontrar en la página 2 (al dorso) 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 en la siguiente fecha/circunstancia/afección: _____
• El tratamiento, el pago, la inscripción o los beneficios de elegibilidad no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.
• Que cualquier divulgación conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por normas federales de confidencialidad.
• La información divulgada puede contener información sobre abuso de alcohol o drogas, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, genética o servicios particulares.

Prohibición sobre 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. La Parte 2 del Título 49 del CFR prohíbe que NMHS haga cualquier divulgación posterior de información incluida en su registro que identifique a un paciente que padece o padeció un trastorno por uso de sustancias sin autorización por escrito específica del paciente o del representante del paciente, o según la ley lo permita de otro modo.

Patient or Authorized Representative Signature
Firma del paciente o representante autorizado

Printed Name / Nombre en letra de imprenta

Date / Fecha

Relationship to Patient (if applicable) / Relación con el paciente (si corresponde)

Información de contacto:

Methodist Health System
Release of Information
10060 Regency Cir.
Omaha, NE 68114
NMHS.ROI@NMHS.org
Hours of Operation: Monday – Friday 8am-5pm

Phone# 402-354-4660
Fax# 402-354-1350

All entities of Methodist Health System

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

For Office Use Only:	<input type="checkbox"/> MFH	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> WH	<input type="checkbox"/> JE	<input type="checkbox"/> MPC	<input type="checkbox"/> HIM to complete
MRN: _____	Pg. Count: _____					
FIN#: _____	Released By: _____					
Printed By: _____	Released Date: _____					
<input type="checkbox"/> NE Drivers License	<input type="checkbox"/> IA Drivers License	<input type="checkbox"/> Patient ID Band				
<input type="checkbox"/> Work ID Badge	<input type="checkbox"/> Law Enforcement	<input type="checkbox"/> Other _____				