



**Autorización Para Divulgar Información De Salud** - *Por favor llene ambas paginas.*

I. Yo autorizo que se divulgue la siguiente información (Marque Las Cajas Correspondientes Abajo):

✓	Tipo De Expediente	Fechas	
		Desde	Hasta
	Información sobre mi ultimo ingreso en el hospital		
	Expediente De La Sala De Emergencia		
	Historia clínica y Reporte Física		
	Informe sobre La Consulta		
	Informe Quirúrgico		
	Resultados Del Laboratorio (Especifique)		
	Reportes De Radiografías (Especifique)		
	Resumen De Dar De Alta Al Paciente		
	Información Con Relación a (Especifique)		
	Expediente Completo		

II. Me gustaría que sea excluida de la información divulgada (Marque las cajas correspondientes abajo):

- Abuso de Narcóticos /alcohol.
- Salud Mental
- Enfermedad transmitida Por El Sexo
- HIV/SIDA

*Si cualquiera de estas cajas no esta marcada, la siguiente notificación es aplicable:* Esta información ha sido divulgada a usted de expedientes protegidos por reglas federales sobre la confidencialidad. (42 CFR, Parte 2). Las reglas Federales le prohíben a usted de hacer más divulgación de esta información a menos que mayor divulgación sea permitida de manera expresa por permiso escrito por la persona a la que pertenece u otro tipo de autorización por 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para revelar información NO basta para este propósito. Las reglas federales limitan el uso de la información para investigación penal o proceso legal de cualquier paciente que abusa de narcóticos o alcohol. [52 FR 21809, Junio 9, 1987; 52 FR 41997, Nov. 2, 1987]

III. Me gustaría que la información descrita anteriormente sea preparada utilizando el siguiente proceso:

- Fotocopia
- Guardada a memoria flash USB
- Guardada al archivo electrónico

IV. Me gustaría que la información descrita anteriormente se entrega utilizando el siguiente proceso:

- Mandada por correo
- Mandada por medio de correo electrónico cifrado
- Recogida por la persona especificada : \_\_\_\_\_

V. Yo comprendo que:

- A. Autorizar divulgación de información de salud protegida es voluntario. Mi tratamiento por Trios Health no dependerá de que yo provea esta autorización.
- B. Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento al dar aviso por escrito a Medical Record/Health Information Management Department.
- C. Si yo anulo esta autorización, la anulación no aplicara a información que ya ha sido divulgada por autoridad de esta autorización.
- D. Una vez que la información ha sido divulgada, puede ser sujeto a re-divulgamiento por el recipiente y puede ser excluida de protección por leyes estatales y Federales que regulan la privacidad.

Autorización Para Divulgar Información De Salud  Rev 06/27/14  Pagina 1	Nombre Del Paciente _____  Fecha De Nacimiento Del Paciente: _____ Numero Telefónico: _____
---	--

