

Patient Name: _____	
MRN: _____	CSN: _____
D.O.B: _____	Admit Date: _____



Autorización para acceder, inspeccionar y/u obtener una copia de la información protegida sobre la salud (adolescentes de 13 a 17 años)

Doy permiso a University Health para compartir mis registros médicos con las siguientes personas o entidades:

Yo mismo: Vea la información proporcionada más arriba para la dirección de correo y la información de contacto del destinatario.

Destinatario: _____
 Nombre de la persona u organización a la que se divulgará información protegida sobre la salud

Dirección del destinatario: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono del destinatario: (____) _____ Número de fax del destinatario: (____) _____

La siguiente información debe ser revelada para las siguientes fechas de tratamiento: _____ a _____

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Paquete pertinente (H&P, Op, D'C, análisis de laboratorio, radiografías) | <input type="checkbox"/> Reportes quirúrgicos/de procedimiento | <input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones |
| <input type="checkbox"/> Resumen del expediente clínico | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de consultas |
| <input type="checkbox"/> Resumen de admisión/alta | <input type="checkbox"/> Informes patológicos | <input type="checkbox"/> Tratamiento por consumo de alcohol/drogas |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento en sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología digital | <input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos | <input type="checkbox"/> Expediente completo |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Información de salud mental (completar BCHD No. 508) | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

La divulgación de la información protegida sobre la salud se utilizará para los siguientes propósitos: Atención médica Uso legal Seguro A pedido del interesado Otro: _____

Método mediante el que puede entregarse la información protegida sobre la salud: Correo postal Recogerlo en la oficina Fax Otro: _____

Método mediante el cual se proporciona la información protegida sobre la salud: (marque uno) DVD (PDF) MyChart Impreso en papel

- Por este medio reconozco y otorgo mi consentimiento para la divulgación de información relativa a: **registros psiquiátricos, registros de abuso de drogas y/o alcohol, información sobre el VIH/SIDA, pruebas genéticas y/o información sobre enfermedades de transmisión sexual. Si no desea divulgar alguna de las categorías de información mencionadas anteriormente, por favor especifique cuáles:** _____
- Comprendo que, si el destinatario autorizado para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención de la salud, la información divulgada podría volver a divulgarse y ya no estaría protegida por reglamentaciones federales y estatales.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Gestión de la Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que el firmar esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción y beneficios de elegibilidad con University Health no estarán condicionados por mi autorización de divulgación.
- Esta autorización caducará a partir de la divulgación de la información con el propósito indicado anteriormente, o 180 días (seis meses) a partir de la fecha de la firma, según lo que ocurra primero.
- El destinatario recibirá una copia de la autorización firmada.

FIRMAS

NOTA: SI EL PACIENTE ES MENOR DE 13 AÑOS Y NO ES UN MENOR EMANCIPADO, EL PADRE, MADRE O TUTOR DEBEN FIRMAR. SI EL PACIENTE TIENE DE 13 A 17 AÑOS, TANTO EL PACIENTE COMO EL PADRE, MADRE O TUTOR DEBEN FIRMAR.

Firma del adolescente _____ Fecha _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Relación con el/la adolescente _____ Fecha _____

