



AUTORIZACION PARA DIVULGAR O ACCEDER A INFORMACION PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono del paciente: _____

Por medio de la presente autorizo el uso o la divulgación de la Información Protegida sobre la Salud (*PHI por sus siglas en inglés-Protected Health Information*) descrita a continuación para que sea entregada a u obtenida por las siguientes personas, dependencias o empresas:

Nombre de la persona/dependencia/empresa que podrá recibir PHI: **Nombre de la persona/dependencia que podrá divulgar PHI:**

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Ciudad, Estado: _____

Fechas de tratamiento que se podrán divulgar: _____

Información a divulgar:

<input type="checkbox"/> Historia clínica completa (todas las páginas)	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Historia Clínica y Examen Físico
<input type="checkbox"/> Historia clínica del Departamento de Urgencias	<input type="checkbox"/> Informe Quirúrgico	<input type="checkbox"/> Informe de patología
<input type="checkbox"/> Notas de evolución médica	<input type="checkbox"/> Órdenes del médico	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/radiológicos
<input type="checkbox"/> ECG/Eco	<input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____	

La información se obtendrá, utilizará o divulgará solamente para el (los) siguiente(s) fin(es):

- Seguro Continuidad del tratamiento Legal A pedido del paciente o del representante del paciente
 Otro (especifique) _____

Entiendo que el suministro de copias de registros y el franqueo generan gastos. En cumplimiento de la norma 76 Okla. Stat § 19(A)(2), Norman Regional Health System puede cobrarle esos gastos a quien las solicite. Esta es la única contraprestación que puede recibir la entidad divulgadora para la producción de registros.

(Por favor escriba sus iniciales arriba)

Solicito que mi información:

- esté en formato digital
 sea enviada por fax al solicitante arriba mencionado
 sea enviada por correo al solicitante arriba mencionado (se requiere verificación o fotocopiado de documento de identidad con fotografía)
 esté disponible cuando me presente sin cita previa para recibir la historia clínica en el momento que la solicite

Entiendo que:

A petición del paciente o del representante del paciente

- o Puedo revocar esta autorización en cualquier momento y por escrito. Sin embargo, la revocación no se aplicará a la información ya usada o divulgada en respuesta a esta autorización. Puedo revocar este documento presentando mi revocación escrita, tal y como se establece en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Salvo que haya sido revocada, o exista una indicación en contrario, la fecha de vencimiento automático será de un año contado desde la fecha de la firma o desde el momento en que ocurra el siguiente evento:
- o Eximo a las entidades enumeradas anteriormente, sus agentes y empleados, de toda responsabilidad con respecto al uso o la divulgación de la información protegida sobre la salud incluida en esta autorización. La entidad autorizada a divulgar la información no recibirá compensación económica de la parte receptora por dicha divulgación, salvo los costos de fotocopiado y franqueo autorizados por ley.
- o La información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización podría estar sujeta a una divulgación posterior por la parte receptora y ya no estaría protegida por la ley federal. Sin embargo, se le podría prohibir a la parte receptora revelar información sobre abuso de sustancias, de conformidad con los Requisitos Federales de Confidencialidad sobre Abuso de Sustancias.
- o Tengo derecho a revisar la Información sobre Salud que será divulgada y entiendo que se requiere mi autorización firmada para realizar dicha divulgación.
- o Salvo que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de una reclamación de beneficios, la entidad solicitante no podrá condicionar la prestación del tratamiento o el pago de mi atención médica a la firma de esta autorización.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Descripción de la autoridad del representante legal

Fecha de vencimiento de la Autorización

Patient Label