

Autorización para divulgar la información protegida de salud de: Authorization to release the protected health information of:

| | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------------|
| Nombre del paciente (Patient Name): | | MRN: | EMPI: |
| Dirección Actual Current Address | | Ciudad City | Estado State Código postal Zip |
| Número de teléfono Phone Number () | | Fecha de nacimiento Date of Birth / / | |

Esta autorización es para divulgar la información protegida de la salud para:

This authorization is to release the protected health information to:

| | | | |
|----------------------------------|--|------------------------|--------------------------------|
| Nombre: Name | | Número de teléfono () | |
| Dirección Actual Current Address | | Ciudad City | Estado State Código postal Zip |

Entregado (Deliver by): En persona (In person) Por correo (Mail) Por fax (Fax) Número de fax:

Correo electrónico seguro (Secure Email) Dirección de correo seguro (Secure Email Address):

Esta autorización es divulgar la información protegida de la salud de:

This authorization is to release the protected health information from:

| | | | |
|--|--|------------------------|--------------------------------|
| Nombre de la instalación/ proveedor (Facility Name/Provider) | | Número de teléfono () | |
| Dirección Actual Current Address | | Ciudad City | Estado State Código postal Zip |

El propósito de esta divulgación es: The purpose of this disclosure is:

Fechas de servicio solicitado: Dates of service requested:

Divulgación de la siguiente información: Release the following information:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informe(s) de Patología | <input type="checkbox"/> Resumen de Facturación detallada |
| <input type="checkbox"/> Historia & Chequeo médico | <input type="checkbox"/> Informe(s) de Radiología | <input type="checkbox"/> Evaluación de Admisión Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Consulta(s) | <input type="checkbox"/> Informe(s) de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Resumen de alta Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) Operativo(s) | <input type="checkbox"/> Informe(s) de Cardiología | <input type="checkbox"/> Informes de terapia de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Plan(es) de tratamiento | <input type="checkbox"/> Otros registros como se especifica: _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) de emergencias | <input type="checkbox"/> Registro(s) de tratamiento de alcohol/drogas* _____ | |

Esta autorización permanecerá en efecto: This Authorization will remain in effect:

Desde la fecha de esta autorización hasta (From the date of this Authorization until): _____

Hasta que se produzca el suceso siguiente (Until the following event occurs): _____

A menos que se indique lo contrario, esta autorización permanecerá en vigor 180 días desde la fecha de firma.

Unless otherwise noted above this authorization will remain in effect 180 days from the date signed.

Entendido que:

- Una vez que "*esta instalación*" divulgue mi información de salud por mi solicitud, no puede garantizar que el destinatario no divulgue mi información de salud a un tercero. El tercero puede no tener la obligación de acatar esta Autorización o leyes federales y estatales que regulan el uso y la divulgación de mi información de salud.
- Yo puedo hacer una solicitud por escrito en cualquier momento a "*esta instalación*" para inspeccionar u obtener una copia de mi información de salud mantenida en ese centro según lo dispuesto en el Reglamento de Privacidad Federal 45 CFR § 164.524.
- Esta autorización permanecerá en efecto hasta que expire la autorización o yo proporcione una notificación escrita de revocación al Departamento de información de la salud/registros médicos. Si revoco esta Autorización, Intermountain Healthcare puede no ser capaz de revertir el uso de la divulgación de mi información de salud mientras que la Autorización era válida.

Para utilizar si la instalación pide esta autorización:

Entiendo que:

- Puedo negarme a firmar o puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, por cualquier razón y que tal denegación o revocación no afectará el comienzo, continuación o calidad de mi tratamiento en "*esta instalación*", inscripción en el plan de salud o elegibilidad para beneficios.
- Los registros sobre el tratamiento de alcoholismo y/o farmacodependencia son protegidos por el Reglamento Federal 42, CFR, parte 2. La firma del menor y el padre o tutor se requieren antes de divulgar los registros de tratamiento de alcoholismo y/o farmacodependencia de un menor.

Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo contactar al Departamento de información de la salud/registros médicos.

| | |
|---|-------------------------------|
| Firma del paciente o representante legal: | Fecha: |
| Si es firmado por el Representante Legal, su autoridad: | Firma del testigo (opcional): |