

 **Autorización para el uso y la divulgación de información protegida de salud**

|  |
| --- |
| **Autorización para divulgar la información protegida de salud de:** |
| Nombre del paciente: | N° de historial médico (para uso de la oficina solamente): | N° de EMPI (para uso de la oficina solamente): |
| Domicilio actualCalle Ciudad Estado CP |
| Número de teléfono ( ) | Fecha de nacimiento  / / |
| **Esta autorización es para divulgar la información protegida de salud a:** |
| Nombre | Número de teléfono ( ) |
| Dirección Ciudad Estado CP |
| Entregar: 🞎 Personalmente 🞎 Por correo 🞎 Por teléfono 🞎 Fax Número de fax: 🞎 Correo electrónico seguro Dirección de correo electrónico seguro: 🞎 Conexión segura de audio/video: |
| **Esta autorización es para divulgar la información protegida de salud de:** |
| Nombre del centro/proveedor | Número deteléfono ( ) |
| **El propósito de esta divulgación es:** |
| **Fechas del servicio solicitado:** |
| **Divulgar la siguiente información:*****Información de la salud del paciente:*** 🞎 Resumen del alta 🞎 Informe(s) patológico(s) 🞎 Evaluación de admisión por la salud conductual 🞎 Historial médico y examen físico 🞎 Informe(s) radiológico(s) 🞎 Resumen del alta por la salud conductual 🞎 Consulta(s) 🞎 Análisis de laboratorio 🞎 Registros de la terapia de salud mental 🞎 Informe(s) quirúrgico(s) 🞎 Informes de cardiología 🞎 Otros informes según se requieran 🞎 Comentarios sobre la evolución 🞎 Planes de tratamiento 🞎 Informes de emergencia 🞎 Informes del tratamiento del trastorno de consumo de sustancias ***Financiamiento:***🞎 Estado de cuenta desglosado 🞎 Información financiera |
| **Esta autorización permanecerá vigente:** |
| 🞎 A partir de la fecha de esta autorización o hasta que ocurra el siguiente evento: A menos que se indique lo contrario, esta autorización permanecerá vigente 180 días a partir de la fecha en que fue firmada. |

Entiendo que:

* Una vez que *“este centro médico”* divulgue mi información de salud a petición mía, no se puede garantizar que el destinatario no divulgará la información sobre mi salud a terceros. Posiblemente no se le pida al tercero que cumpla con esta autorización o con las leyes federales y estatales que rigen el uso y la divulgación de la información sobre mi salud.

\*503

* Puedo solicitar por escrito a *“este centro médico”* en cualquier momento que revise u obtenga una copia de la información sobre mi salud que se conserve en este centro, según lo dispuesto en la Regla Federal de Privacidad 45 CFR § 164.524.
* Esta autorización permanecerá vigente hasta que la autorización expire o hasta que yo entregue un aviso de cancelación por escrito al Departamento de administración de información de salud e historiales médicos. Si cancelo esta autorización, es posible que Intermountain Healthcare no pueda revertir el uso o la divulgación de la información sobre mi salud mientras la autorización esté vigente.
* Puedo negarme a firmar o puedo cancelar esta autorización en cualquier momento o por cualquier razón y dicha negativa o cancelación no afectará el comienzo, la continuación ni la calidad del tratamiento que *“el centro médico”* me dará, ni mi inscripción en el plan de salud, ni la elegibilidad para recibir beneficios.
* El historial del tratamiento del trastorno de abuso de sustancias está protegido por la Regla Federal 42 CFR, parte 2. Se debe obtener la firma del menor de edad como la del padre o tutor antes de divulgar el historial de tratamiento para el abuso de sustancias del menor.
* Si tengo preguntas acerca de la divulgación de la información sobre mi salud, puedo comunicarme con el Departamento de administración de historiales médicos del centro o clínica, o llamar al 844-442-1987.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del paciente o representante legal: | Fecha |
| Si es firmado por el Representante Legal, incluir el parentesco o relación con el paciente: | Firma del testigo (Opcional) |

IHC CMP870 /9/2016 © Intermountain Health Care, Inc. (2008)

Original (Historial médico) Copia (Paciente)