

## AUTORIZACION PARA EL USO O LA DIVULGACION DE INFORMACION CLINICA PROTEGIDA

Este documento autoriza la divulgación y/o el uso de su información clínica. Esta autorización podría considerarse inválida si no se recibe toda la información que se le pide.

### USO Y DIVULGACION DE INFORMACION CLINICA PROTEGIDA:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Otros nombres utilizados: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Medical Record or Account#: \_\_\_\_\_

(Sólo para el uso del hospital)

AUTORIZO A: \_\_\_\_\_

(Centro médico u otro proveedor de servicios)

A ENVIAR INFORMACION A: \_\_\_\_\_

(Las personas u organizaciones autorizadas a recibir la información)

a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

(calle, ciudad, estado y código postal) Tel/Fax: \_\_\_\_\_

**ESPECIFIQUE LOS DATOS**, la información clínica específica o los datos que corresponden a las fechas especificadas de algún tratamiento [Marque las cuadras que corresponden]:

Información pertinente

(Historial médico y examinación física, resumen de alta, consulta, informe operatorio, informe patológico, resultados de laboratorio, rayos-X, informe del departamento de emergencias)

Informes de consulta

Resumen de alta

Electrocardiogramas (EKG)

Sala de Emergencias

Historial médico y

examinación física

Pruebas de laboratorio

Medicamentos

Facturaciones

Informes de procedimientos

Notas de progreso

Informe de Rayos-X

Informe de patología

Fecha(s): \_\_\_\_\_

Otro(s): \_\_\_\_\_

**TODOS LOS DATOS** que tengan que ver con mi tratamiento, hospitalización y cuidado como paciente externo.

Se requiere una autorización aparte para el uso o la divulgación de notas de psicoterapia o de información médica investigativa.

**INFORMACION DELICADA:** La información revelada puede incluir lo siguiente (ponga sus iniciales en las líneas que aplican):

\_\_\_ Información sobre pruebas genéticas

\_\_\_ Información relacionada al VIH y otras enfermedades contagiosas

\_\_\_ Fármaco/Información relacionado con las bebidas alcohólicas

PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS  
TO PROTECTED HEALTH INFORMATION

X-MR-4869



**PROPOSITO:** El propósito del uso o de la divulgación requerida es:

- A petición del paciente o su representante personal
- Cuidado médico continuo
- Seguro médico
- Revisión legal
- Otro:

**LIMITES:** Los siguientes límites se aplican a esta autorización para la divulgación de información:

- Ninguno
- Otros: \_\_\_\_\_

**VENCIMIENTO:** Esta autorización vence automáticamente al pasar un (1) año de la fecha de ejecución a menos que se especifique un evento o fecha diferente: \_\_\_\_\_

(anote la fecha o el evento)

**MIS DERECHOS:**

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación no afectará mi habilidad de recibir tratamientos, pagos ni mis requisitos para beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y mandarlo a la siguiente dirección:

*Facility Privacy Officer  
St Joseph's Hospital and Medical Center  
350 West Thomas Road, Phoenix AZ 85013*

Mi revocación tomará efecto al ser recibida, excepto en el caso de que otros ya hicieran una petición de acuerdo con esta autorización.

La información divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el destinatario. En algunos casos, puede que tal divulgación no esté protegida por la ley de Arizona y puede dejar de estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA, por sus siglas en inglés).

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Signature) (Paciente o su representante) (Date)

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante personal en letra de molde Relación al paciente  
(Print name of personal representative) (Relationship to patient)

Patient/Representative Identification Verified. *Initials:* \_\_\_\_\_ *Dept.:* \_\_\_\_\_

**PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS  
TO PROTECTED HEALTH INFORMATION  
X-MR-4869**

