



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:
Historia clínica completa (todas las páginas)
Historia clínica del Departamento de Urgencias
Notas de evolución médica
ECG/Eco
Resumen del alta
Informe Quirúrgico
Órdenes del médico
Otra (especifique)
Historia Clínica y Examen Físico
Informe de patología
Informes de laboratorio/radiológicos

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

- 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.
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 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.
Tengo derecho a revisar la Información sobre Salud que será divulgada y entiendo que se requiere mi autorización firmada para realizar dicha divulgación.
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

