



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS (MEDICAL RECORDS AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF INFORMATION)

Please mark where records are being disclosed from:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alegent Creighton Clinic | <input type="checkbox"/> Bergan Mercy Medical Center | <input type="checkbox"/> Community Memorial Hospital, MV | <input type="checkbox"/> Creighton University Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Immanuel Medical Center | <input type="checkbox"/> Lakeside Hospital | <input type="checkbox"/> Memorial Hospital, Schuyler | <input type="checkbox"/> Mercy Hospital, Corning |
| <input type="checkbox"/> Mercy Hospital, Council Bluffs | <input type="checkbox"/> Midlands Hospital | <input type="checkbox"/> Plainview Hospital | <input type="checkbox"/> Psychiatric Associates |
| <input type="checkbox"/> Other _____ Contact number at Facility if known _____ | | | |

Por la presente, autorizo a la(s) instalación(es) marcada(s) arriba a divulgar la siguiente información desde los registros de:

Nombre del Paciente	Número del Paciente
Dirección	Fecha de Nacimiento
Ciudad/Estado/Código postal + 4	Teléfono ()

Un(a) conservador(a) autorizado(a) de registros médicos de la instalación(es) o persona(s) identificada(s) como responsable(s) de estos registros procesarán esta divulgación. La información que será divulgada desde la(s) instalación(es) de arriba incluye:
(Marque todo lo que sea pertinente):

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reportes de Dependencia Química | <input type="checkbox"/> Informe de alta | <input type="checkbox"/> Reportes educacionales/escolares | <input type="checkbox"/> Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Historial y Físico | <input type="checkbox"/> Notas de Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Rayos X |
| <input type="checkbox"/> Notas de Mejoría Clínica | <input type="checkbox"/> Nombre y diagnóstico solamente | <input type="checkbox"/> Todos los registros médicos asociados con mi tratamiento | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

Yo entiendo que esto **incluirá** información relacionada con (marque todo lo que sea pertinente):

- Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida-SIDA (AIDS) o infección con virus de Inmunodeficiencia Humana-VIH (HIV)
- Información de Salud Mental (Sólo Iowa: Por favor preste atención de que individuos tienen derecho a inspeccionar los materiales que serán divulgados)
- Sesiones de Consejería de Salud Mental Conjunta (Por favor preste atención de que un formulario de autorización debe ser obtenido desde todos los individuos presentes durante tales sesiones.)
- Notas de Psicoterapias (Un formulario de autorización separado debe ser firmado para divulgar notas de psicoterapias)
- Tratamiento para el abuso de alcohol y/o de drogas

Yo entiendo que esto cubrirá información relacionada con todas las fechas de servicios a no ser que yo especifique abajo de otra manera:

Cubriendo el/los periodo(s) de servicio(s): desde _____ a _____

Esta información será divulgada a (por favor sea específico(a) incluyendo individuo y/o nombre y dirección de la instalación):

Con el propósito de _____
Si no se indica el propósito, entonces el propósito de la divulgación será "solicitado por mí".

Yo entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, excepto al alcance que dicha acción haya sido realizada en confianza de esta autorización. Yo entiendo que si deseo revocar esta autorización, lo debo hacer por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de registros médicos o conservador(a) a quien la autorización original fue presentada. A no ser que sea revocada, esta autorización vencerá en la fecha, evento, o condición siguiente: _____

Si fallo en especificar una fecha de caducidad/vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en doce (12) meses desde la fecha de abajo.

Yo entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Yo puedo rehusar firmar esta autorización. No necesito firmar esta autorización para recibir tratamiento. Alegent Creighton Health no condicionará ningún tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para recibir beneficios en si firmo esta autorización. Yo entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usará o divulgará, como se estipula en 45 CFR 164.524. Yo entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo el potencial de una re-divulgación no autorizada y la información puede ya no estar protegida por las leyes federales de confidencialidad. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información de salud, puedo contactar la Oficina de Privacidad de Salud de Alegent Creighton Health (Alegent Creighton Health Privacy Office) al (402) 717-1730.

- Esta información ha sido divulgada a ud. desde registros que pueden ser protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben que se haga aun más divulgaciones de esta información a no ser que la divulgación sea permitida expresamente por un consentimiento escrito por la persona a quien le pertenece o así permitida por 42 CFR Parte 2. Una autorización general de la divulgación de información médica u otra información **no** es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar un(a) paciente que abusa de alcohol o drogas.

Firma de el/la Paciente	Fecha
Firma de el/los Padre(s) /Tutor(a)Legal si el/la paciente es un(a) menor /Poder Notarial /Tutor(a)	Relación con el/la Paciente
	Fecha

White - Medical Records Yellow - Patient Copy