



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y REVELAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección _____ Teléfono durante el día _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Clínica/Hospital/Proveedor de atención de la salud: (¿Quién tiene la información que usted desea divulgar? Especificar hospital y/o clínica específica).	Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Parte receptora: (¿Dónde desea que se envíe la información? ¿Quién puede tener la información?)	Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de fax _____ A la atención de _____
Información a divulgar: (¿Qué desea enviar o divulgar? Marque el casillero adecuado).	<input type="checkbox"/> Registros médicos del consultorio médico <input type="checkbox"/> Registros médicos del Fecha(s) del(los) servicio(s): Desde ____/____/____ Hasta hospital ____/____/____ <input type="checkbox"/> Registros de facturación <input type="checkbox"/> Copias de placas/imágenes <input type="checkbox"/> Todos los registros (incluidos TODOS los tipos de registros que se mencionan a continuación. Si desea incluir imágenes y registros de facturación, marque esos casilleros). <u>Únicamente los tipos de registros que se marquen a continuación:</u> <input type="checkbox"/> Informes de Nota <input type="checkbox"/> Resumen de altas radiología <input type="checkbox"/> Registro(s) de emergencia <input type="checkbox"/> Historial y examen <input type="checkbox"/> Registros de rehabilitación (fisioterapia/terapia ocupacional/terapia del Registro de físico lenguaje) <input type="checkbox"/> Vacunación/alergias <input type="checkbox"/> Informe operative <input type="checkbox"/> Notas del progreso <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Otros registros (Especificar tipo(s) de registro(s) _____
Sección de autorización especial (Según el Código de Indiana 16-39-2 esta autorización especial tiene vigencia durante 180 días).	Las leyes estatales y federales protegen la siguiente información. Si esta información se aplica a usted, indique si desea que esta información se divulgue/obtenga (incluir las fechas cuando corresponda): Registros de abuso de alcohol, drogas o sustancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> N/A Fechas _____ Pruebas y resultados de VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> N/A Fechas _____ Registros de salud mental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> N/A Fechas _____ Registros de psicoterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> N/A Fechas _____ Registros genéticos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> N/A Fechas _____
Instrucciones para la divulgación: (¿Cómo y cuándo desea la información?)	Método/formato de divulgación solicitado: (marcar uno) <input type="checkbox"/> Acceso electrónico <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> Ver mi registro <input type="checkbox"/> Fax (únicamente atención al paciente) Fecha en que necesita la información _____ NOTA: Permitir de 5 a 10 días hábiles para el procesamiento. Dirección de correo electrónico para enlace _____
Propósito de la divulgación: (¿Por qué es necesaria?)	<input type="checkbox"/> Atención continua <input type="checkbox"/> Transferencia de atención <input type="checkbox"/> Apelación del Seguro Social <input type="checkbox"/> Solicitud del seguro* <input type="checkbox"/> Uso o revisión personal* <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad del Seguro Social* <input type="checkbox"/> Pago/reclamo del seguro <input type="checkbox"/> Litigio/legal* <input type="checkbox"/> Otro* _____ * Los honorarios pueden cobrarse de acuerdo con el Estatuto de Indiana 760 IAC 1-71-3 y la Regla federal 45 del Código de regulaciones federales (Code of Federal Regulations, CFR) §164.524.

- Esta autorización caducará en 60 días a partir de la fecha de su firma salvo que se especifique lo contrario _____
- Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Para poder revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y debo presentar mi revocación escrita a la entidad autorizada mencionada anteriormente. La revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado como respuesta a esta autorización.
- Comprendo que no necesito firmar esta autorización para recibir tratamiento de atención de la salud.
- Los registros de Indiana University Health (IUH) pueden incluir registros que reciba de otras organizaciones. Si IUH ha utilizado estos registros y los ha archivo en el registro que IUH mantiene sobre usted, estos registro pueden divulgarse junto con sus registros de IUH.
- IUH no puede evitar que personas u organizaciones que reciben sus registros en virtud de esta autorización divulguen su información, y dicha información puede no estar cubierta por las protecciones estatales y federales de la privacidad una vez divulgada. Al firmar esta autorización, usted exime a IUH de cualquier responsabilidad que resulte de la divulgación del receptor.

Your signature indicates that you have read and understand this form, and you authorize release of your information as described above.

Patient/Legal Guardian Signature Date

Authority to act on behalf of patient (Attach documentation)

To be completed by Hospital Staff:

Initials of person releasing information _____ Date _____
 Photo ID/Signature verified (if not currently admitted) _____
 Medical Record Number _____
 Patient Encounter Number _____



AUTHORIZATION TO RELEASE AND DISCLOSE PATIENT INFORMATION
(Page 1 of 1) (ENGLISH VERSION 19442)

Medical Record Copy

Correspondence
Non-Clinical
Y-99