



HOSPITAL DE BRONSON LAKEVIEW
PO BOX 209 408 HAZEN STREET PAW PAW, MI 49079-0209 (269) 657-3141
AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Registro Medico N°: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha(s) de hospitalización: _____ N° de Cuenta: _____

(Por favor especifique si fue ingresado, clínica, emergencia, etc.)

1. Yo, la persona arriba mencionada autorizo el uso y la divulgación de la información médica individualmente identificable a como está descrita en la parte de abajo. Entiendo que la información autorizada puede ser nuevamente divulgada a otra persona o entidad y que puede no ser protegida por las ordenanzas federales de privacidad.

2. El siguiente individuo u organización está autorizado a hacer la divulgación:

_____ Dirección _____

3. El tipo y la cantidad de información utilizada o divulgada es la siguiente: (Incluya fechas donde sea apropiado.)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Página Inicial | <input type="checkbox"/> Reporte de Patología | <input type="checkbox"/> Historial Social |
| <input type="checkbox"/> Órdenes Médicas | <input type="checkbox"/> Consulta(s) | <input type="checkbox"/> Reportes Fisiológicos |
| <input type="checkbox"/> Notas de Mejoría | <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Estudios Neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Historial/Físicos | <input type="checkbox"/> Interpretaciones de EKG | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento y Revisiones |
| <input type="checkbox"/> Sumario de alta | <input type="checkbox"/> Reporte de Rayos-X | <input type="checkbox"/> Copia de Todo el Historial Médico |
| <input type="checkbox"/> Récord de Medicamentos | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Otro – Por favor especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reportes de operaciones | <input type="checkbox"/> Evaluación de Rehabilitación | |

4. Entiendo que la información en mi récord médico puede incluir cualquier información acerca de tratamientos para enfermedades psiquiátricas, abuso de alcohol y/o drogas protegido bajo las ordenanzas en el Código 42 del Reglamento Federal, los resultados del examen de HIV (siglas en inglés), diagnóstico de SIDA o una condición relacionada con SIDA, respecto a las fechas de hospitalización al individuo(s) u organización(es) enumeradas abajo.

5. La información puede ser divulgada y utilizada por el siguiente individuo u organización:

_____ Dirección y Teléfono: _____

_____ para el propósito de _____

6. Mercadeo – Esta autorización no permite el uso y divulgación de información de la salud médica para propósitos comerciales.

7. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización tengo que hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Administración de Información de la Salud. Sin embargo la revocación no será válida salvo que el Hospital Comunal de LakeView haya tomado acción fiándose en esta autorización o salvo que esta autorización es ejecutada como una condición para obtener cobertura de seguro.

8. Esta autorización se vence en (hasta): _____
[Inserte una Fecha aplicable o Evento]

9. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es de carácter voluntario. Puedo rehusarme a firmar esta autorización. No necesito firmar esta autorización para asegurarme que recibiré tratamiento, sin embargo si el propósito de mi tratamiento es únicamente para producir información a terceros, el Hospital de Bronson LakeView puede requerir una autorización para poder proporcionar información a terceros como condición para suministrar el tratamiento.

10. Fotocopia de esta autorización se acepta igual como si fuera el original.

_____ Firma del Paciente o Guardián Legal

_____ Fecha

_____ Si firmado por Representante Legal, Relación con el paciente

_____ Firma del Testigo

Por favor ponga un círculo en el área apropiada: POR FAX / POR CORREO / EL PACIENTE LO RECOGIÓ N° DE FAX _____

COPIADA POR (Nombre/Departamento/Fecha): _____

CUALQUIER OTRA DIVULGACION DE INFORMACIÓN MÉDICA POR EL RECIBIDOR ES PROHIBIDA