



Colocar etiqueta del paciente

Solicitud de acceso o autorización para usar y divulgar información médica protegida

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
Apellido Nombre Inicial 2.º nombre mes/día/año

DIRECCIÓN: _____
Calle Número de apartamento Ciudad Estado Código postal

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ N.º de historia clínica: _____

Doy permiso a:

- Bronson Battle Creek, Bronson Behavioral Health, Bronson LakeView Hospital
300 North Avenue, 165 N. Washington Avenue, 408 Hazen Street
Battle Creek, MI 49017, Battle Creek, MI 49037, Paw Paw, MI 49079
Teléfono: 269-245-5851, Teléfono: 269-245-5851, Teléfono: 269-657-1465
Fax: 269-341-6528, Fax: 269-341-6528, Fax: 269-341-6528

- Bronson Methodist Hospital, Consultorios de médicos de Bronson, Bronson South Haven
601 John Street Box F, Consultorio: _____, 955 S. Bailey Avenue
Kalamazoo, MI 49007, Médico: _____, South Haven, MI 49090
Teléfono: 269-341-6487, Teléfono: 269-341-6487, Teléfono: 269-637-5271 ext.
Fax: 269-341-6528, Fax: 269-341-6528, 2293
Fax: 269-341-6528

Para divulgar mi información médica a la siguiente persona o entidad por (encierre en un círculo): Fax / Correo / Retiro
(Lugar) _____

Nombre de la persona o entidad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Información que se va a divulgar:

Fechas de notificación _____

- Registros de Salud Conductual, Registros de Neurodiagnóstico
Registros de Cardiología, Registro operativo
Consultas, Notas del consultorio
Resumen del alta, Informe de Patología
Registros de la Sala de Urgencias, Notas de avances
Historia clínica y antecedentes físicos, Imágenes de Radiología, en CD
Informes de laboratorio, Informes de Radiología
Registros de medicamentos
Otros (especifique contenido y fechas) _____

Propósito de la divulgación:

- Atención continua, Asuntos legales
Uso personal, Otros (especifique) _____
Seguro o indemnización por accidentes y enfermedades laborales

Autorización general para usar o divulgar información médica

Autorizo la divulgación de la información médica que contiene mi historia clínica, lo que incluye lo siguiente:

- Información relativa a enfermedades e infecciones contagiosas, según lo define la ley y las normas de salud del Departamento de Salud de Michigan, lo que abarca enfermedades venéreas, tuberculosis, hepatitis A, B o C, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), exámenes de VIH.
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y complejo relacionado con el sida (CRS).
- Información de tratamiento del consumo excesivo de alcohol y drogas, la cual está protegida conforme a los reglamentos de CFR 42, Parte 2
- Registros de tratamientos de salud mental, servicios psicológicos e información de servicios sociales, lo que incluye comunicaciones que he entablado con un asistente social, terapeuta o psicólogo.

Reconocimiento de comprensión:

- Comprendo que esta autorización caducará en un año a partir de la fecha de la firma.
- Puedo escribir a Bronson Healthcare Group (BHG) para cancelar esta autorización en cualquier momento.
- Dicha cancelación entrará en vigor en la fecha notificada, excepto si ya se han tomado medidas.
- Comprendo que si divulgo mi historia clínica a una persona o proveedor, ellos pueden divulgar dicha historia clínica. Sé que tengo que ponerme en contacto con ellos para conocer sus reglas de privacidad.
- Recibiré un resumen de mi historia clínica a menos que solicite el registro completo.
- No se me impondrán condiciones si firmo este formulario.

La ley de Michigan indica que es posible que tenga que pagar lo siguiente:

- Copias de mi historia clínica
- Inspección de mi historia clínica
- Resumen escrito de las conclusiones

Bronson Healthcare Group no se beneficiará con la divulgación de esta información

Firma

Fecha

Hora

Relación: Paciente Padre o madre Representante personal Tutor legal

DPOA: Poder legal duradero para atención de salud (se necesita una copia de DPOA)

Pariente legal más cercano _____
(Relación con el paciente)

Firma del personal de BHG

Fecha

Hora

Enviado por correo

Retirado

Enviado por fax a _____

SE CONSERVARÁ COMO PARTE DEL REGISTRO PERMANENTE