



Autorización de divulgación de la información de salud protegida

*Utilizada por

Yo (el que suscribe) por medio del presente autorizo al centro St. Vincent que se indica a continuación a divulgar/obtener la siguiente información que me identifica. Seleccione solo una ubicación por formulario.

St. Vincent Evansville
 St. Vincent Medical Group
 Consultorio médico: _____
 Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE VISITAS DEL PACIENTE

Nombre del paciente	Número de teléfono	Fecha de nacimiento
Otros nombres utilizados durante el tratamiento (si corresponde)		
Domicilio	Ciudad, estado, código postal	
Purpose of Disclosure	Correo electrónico	

INFORMACIÓN DE DIVULGACIÓN SI NO ES PACIENTE:

Nombre	
Domicilio	Número de teléfono
Ciudad/estado/código postal	fax #

INFORMACIÓN PARA DIVULGAR (limitar el pedido al mínimo necesario)

Fechas de tratamiento _____

INFORME DE PROCEDIMIENTO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	ANÁLISIS CARDÍACOS
TRANSCRIPCIONES	INFORMES RADIOLÓGICOS	INFORMES DE LA SALA DE EMERGENCIAS
RESUMEN: TRANSCRIPCIONES, LABORATORIO, RADIOLOGÍA E INFORMES DE LA SALA DE EMERGENCIAS	INFORMES DE LABORATORIO Y PATOLOGÍA	RESUMEN DEL ALTA/ NOTA BREVE SOBRE LA INTERNACIÓN
OTROS: Especifique		

Comprendo que la información de salud protegida contenida en mi historia clínica podría incluir información relacionada con una enfermedad de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También podría incluir información relacionada con los servicios de salud mental o conductual y el tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

Comprendo que tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento; para ello, deberé enviar una notificación por escrito al domicilio indicado a continuación. Comprendo que dicha revocación no es válida en la medida que St. Vincent ya hubiera divulgado la información de salud protegida en cumplimiento de dicha autorización de divulgación. Comprendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley faculte a mi compañía aseguradora a oponerse a un reclamo conforme a la póliza.

Comprendo que esta autorización caducará en sesenta (60) días, salvo disposición en contrario especificada en el presente.

Comprendo que la información utilizada o revelada conforme a esta autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y podría quedar fuera del ámbito de protección de la ley federal o estatal.

St. Vincent no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción (si corresponde) en un plan de salud o elegibilidad para acceder a beneficios a mi decisión relacionada con el uso o la divulgación de información que se hubiera solicitado.

Comprendo que soy responsable por el pago de tarifas aplicables, si hubiera, y que tengo derecho a recibir un cálculo estimado de dichas tarifas antes de recibir una copia de los registros.

Al estampar mi firma en esta autorización, reconozco que he leído y comprendido esta autorización. Asimismo, autorizo el uso o la divulgación de información de salud protegida conforme a los términos de esta autorización.

Firma del paciente, tutor, padre/madre o representante de salud	Fecha de firma
Vínculo con el paciente (si no fuera usted o para su hijo/a menor, le solicitaremos prueba de legitimación para actuar en representación del paciente)	
SOLO PARA USO DEL RESPONSABLE DEL MANEJO DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIM, por sus siglas en inglés)	
<input type="checkbox"/> ID o firma verificada	<input type="checkbox"/> No se pudo verificar la firma MOTIVO
Firma del HIM	FECHA
CANTIDAD DE PÁGINAS	LAS COPIAS: <input type="checkbox"/> Se enviaron por correo al solicitante <input type="checkbox"/> Recolectadas <input type="checkbox"/> Enviadas por fax
Fecha de envío/recolección/envío por fax	

'La autorización debe llevar a la firma del padre/madre o tutor legal del paciente menor de 18 años o el tutor legal de cualquier paciente bajo custodia; el representante personal de un paciente fallecido o si no tuviera representante legal, el cónyuge, o cualquier hijo adulto de un paciente fallecido (Capítulo 8 de 1.C 16-4, Ley de 1982).



* 1 R O I *