



450 East Main, P.O. Box 310  
Rexburg, ID 83440-0310

### AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código Postal

Ésta es para autorizar que se entrega información médica sobre la persona identificada arriba:

DE: \_\_\_\_\_

Hospital/Médico/ Clínica

Dirección

Ciudad

Ciudad

Código Postal

SE ENTREGAN LOS ARCHIVOS A: \_\_\_\_\_

Tercera que recibe los archivos

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

PROPÓSITO O NECESIDAD PARA ARCHIVOS: \_\_\_\_\_

FECHA(S) DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Fecha

Fecha

COPIAS DE ARCHIVOS PEDIDOS: (Marque todo que se aplica)

Historia y Físico

Sumario de Dar de Alta

Informe de Operación

Informe de Patología

Informe de Radiografía

Órdenes de Médico

Archivos de Sala de Emergencia

Informes de Laboratorio

Último Consumo por Boca

Apuntes de Enfermera

Archivos Médicos

Archivos de Cirugía de Paciente Externo

Apuntes de Progreso de Médico

Electrocardiograma

Informe de Consulta

Otro Informe \_\_\_\_\_

Entiendo que la información en mis archivos médicos puede incluir información relacionada a una enfermedad transmitida por el sexo, el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), o VIH (virus de inmunodeficiencia humana). Se puede incluir también información sobre servicios para salud de comportamiento o mental y tratamiento por el abuso de alcohol o drogas.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a cualquier tiempo. Entiendo que si revoco esta autorización tengo que hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Gestión de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya ha sido comunicada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le provee a mi asegurador el derecho de disputar una demanda bajo mi póliza. A menos que sea revocada de otro modo, esta autorización se expirará en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Si yo dejo de especificar una fecha de expiración, evento o condición, esta autorización se expirará seis meses de la fecha de esta autorización. No necesito firmar este documento para asegurar tratamiento. Entiendo que después de que se entregue información médica protegida a otros, la información médica protegida se puede entregar a individuos u organizaciones que no se someten al Acto de la Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico y no se puede ser protegida más por HIPPA.

Firma de Paciente o de Representante Legal

Fecha

Si firma Representante Legal, declare su relación legal al paciente y la razón por representarlo.

Firma de Testigo

Hospital Memorial de Madison tiene que completar lo siguiente: \_\_\_\_\_ (Iniciales de empleado del Hospital que cumple esta petición) ha verificado la identidad del individuo autorizado de entregar y recibir la información médica del paciente por (marque uno): **licencia de conducir** o **por emparejar la firma con una firma en la carpeta** y también ha verificado la identidad de la tercera que recibe los archivos (cuando es otro que paciente) por (marque uno): **licencia de conducir** o **por emparejar la firma con una firma en la carpeta**. Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

Info already released \_\_\_\_\_

HIM needs to release \_\_\_\_\_