



UNYIELDING DETERMINATION.
EMPOWERING LIVES.

**AUTORIZACION PARA USO Y
DIVULGACION DE INFORMACION
MEDICA PROTEGIDA (PHI)**

Nombre legal del paciente		Número de registro médico
Dirección	Ciudad	Estado/Código postal
Número de teléfono	Correo electrónico	Fecha de nacimiento

Por el presente autorizo a: _____
Persona de contacto/Organización/Dirección

Número de teléfono	Número de fax
--------------------	---------------

Para la entrega-divulgación de la información médica protegida (PHI) del paciente indicado arriba a:

Persona de contacto/Organización

Dirección	Ciudad	Estado/Código postal
Número de teléfono	Número de fax	

Objetivo: _____ Continuidad de la atención _____ Segura o indemnización por accidente laboral _____ Litigio _____ Otro

PHI PERTINENTE: *Fechas de tratamiento:* _____ *Especificar fecha necesaria:* _____

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Todos los informes dictados | ☐ Terapia del habla | ☐ Registros de facturación |
| ☐ Resumen del alta | ☐ Psicología | ☐ Todo el registro |
| ☐ Historial y físico | ☐ Informes de laboratorio | ☐ Otro _____ |
| ☐ Conferencias de equipo | ☐ Informes de radiología | _____ |
| ☐ Fisioterapia | ☐ Imágenes de Radiología (seleccione uno) | _____ |
| ☐ Terapia ocupacional | • enlace de imagen por correo electrónico | |
| | • USB | |

RECONOCIMIENTO: solicito y autorizo al médico anterior o al proveedor de atención médica a entregar la información especificada a la organización, agencia o persona indicada en esta solicitud. Entiendo que la información que se entregara puede incluir información sobre abuso de drogas y alcohol, enfermedades infecciosas/contagiosas, Virus de inmunodeficiencia humano (VIH), Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y afecciones psicológicas o psiquiátricas, si las hubiera. Entiendo que, si el receptor no es un plan de salud o proveedor de atención médica, la información entregada no estará ya protegida por las normas federales de Privacidad y podrá volver a divulgarse.

VENCIMIENTO: sin mi expresa revocación, esta autorización vencerá automáticamente un año después de la fecha del presente, salvo especificación en contrario:

REVOCACION: entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto si esa acción ya se ha realizado para cumplir con eso. Para revocar la autorización, debo enviar una carta al director de Gestión de información de Salud.

OTRAS AFECCIONES: se podrá usar copia o fax de esta autorización con mi firma con la misma validez que un original. Entiendo que:

- Si no firmo esta autorización, Craig Hospital seguirá brindando tratamiento y cobrando los servicios suministrados.
- Los cargos-tarifas cumplirán con todas las leyes y normas aplicables a la entrega de información.

Autorizo a _____ mi información médica protegida.

Fecha	Firma del paciente/representante	Relación con el paciente
-------	----------------------------------	--------------------------

Testigo	Si el paciente no puede firmar, documentar motivo
---------	---

VERIFICACION: o Poder o Licencia de conducir u otra identificación adecuada

ORIGINAL: Centro COPIA: Paciente o representante después de la firma

#5008

Rev. 06/13, 03/17, 11/25