

**Autorización para Accesar, inspeccionar y/o Obtener una Copia de la Información sobre Salud**

Nombre: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Número de Registro Médico (MRN): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Trabajo o Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Por este medio autorizo al University Health System a divulgar mi Información de Salud Protegida a la siguiente persona designada:**

**Beneficiario:** Nombre de la persona o clase de personas a quienes el University Health System puede divulgar la información sobre mi salud:

Dirección del Beneficiario o a dónde debe enviarse la Información sobre mi salud:

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL NÚMERO TELEFONICO

**Esta información que estoy autorizando sea divulgada, será usada para los siguientes propósitos:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mi expediente personal      | <input type="checkbox"/> Abogado                |
| <input type="checkbox"/> Continuidad de cuidados     | <input type="checkbox"/> Seguro                 |
| <input type="checkbox"/> Otros (por favor describa): | <input type="checkbox"/> Reclamo de incapacidad |

**Tipo de información para ser usada o divulgada de la siguiente manera (marque las casillas correspondientes y añada otra información donde se indique)**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Archivo completo                    | <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio                     | <input type="checkbox"/> Registros de Vacunación           |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento en Centro de Emergencia | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología                      | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Alcohol y Drogas   |
| <input type="checkbox"/> Resumen del Alta                    | <input type="checkbox"/> Reportes de Patología                       | <input type="checkbox"/> Información sobre Salud Mental    |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y Examen Médico        | <input type="checkbox"/> Órdenes de Médicos                          | <input type="checkbox"/> Información relacionada con VIH   |
| <input type="checkbox"/> Reportes Operativos                 | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso                           | <input type="checkbox"/> Otros (por favor explique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Consultas               | <input type="checkbox"/> Notas de Enfermería                         |  |
| <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Carcelaria (Contratados) | <input type="checkbox"/> Con Reporte de Auditoria          |

Fecha de Tratamiento: \_\_\_\_\_ Rango de Fecha de los Registros: De: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

- Yo entiendo y por este medio doy mi consentimiento para la divulgación de información relativa a: historia psiquiátricos, notas de psicoterapia, registros de abuso de drogas y/o alcohol, información sobre VIH/ SIDA; pruebas genéticas, y/o información sobre enfermedades de transmisión sexual. Por favor escriba sus iniciales \_\_\_\_\_  
Si usted no desea divulgar alguna de la información de las categorías arriba mencionadas, por favor especifique:  
\_\_\_\_\_
- Yo entiendo que esta autorización vencerá en (Fecha) \_\_\_\_\_ o 180 días a partir de la fecha de la firma de esta autorización.
- Entiendo que si el destinatario autorizado para recibir la información no es de un plan de salud o un profesional de la salud, la información divulgada puede no estar ya protegida por los reglamentos de privacidad federales y estatales.
- Entiendo que tengo el derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si cancelo esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi solicitud de cancelación escrita al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que la cancelación no aplicará a aquella información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que la autorización para el uso o divulgación de la información identificada arriba es voluntaria. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento médico. Además entiendo que mi atención médica y el pago de la misma no se verán afectados si no firmo el presente formulario.

Firma del paciente o representante legal \_\_\_\_\_ Descripción de la Autoridad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Identificación verificada por:  Licencia de Conducir  Otra ID con fotografía (Nombre) \_\_\_\_\_ MR Iniciales del Personal \_\_\_\_\_