Autorización para la divulgación de información médica/
Authorization for Disclosure of Health Information

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre en letra imprenta: _____ Anterior (si corresponde):_____

Fecha de nacimiento: _____ MRN (si se conoce): _____

Dirección: _____ Departamento/Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado:_____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____Correo electrónico: _____

Autorizo la divulgación de información médica del paciente antes mencionado de:

☐Shepherd Center ☐Otro centro: _____

Dirección del otro centro: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:☐ Continuidad de la atención☐ Legal☐ Seguro☐ Personal

☐Otro:_____

DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN:

Especifique la persona o centro que autoriza para recibir su información médica:

Persona/Centro: _____

Dirección: _____

Ciudad:_____Estado: _____ Código postal: _____

Fax (solo para la continuidad de la atención): _____ Teléfono: _____

Formato de documento:☐ Correo Electrónico☐CD ☐Papel

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:

Fechas de servicio solicitadas: _____ to _____

Visitas al hospital (y/o) visitas ambulatorias	Informes de diagnóstico	Imágenes radiológicas
❑ Resumen del alta ❑ Antecedentes y exámenes físicos ❑ Órdenes de los médicos ❑ Notas de progreso ❑ Consultas ❑ Facturas detalladas ❑ Evaluaciones de terapia: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ❑ Notas de terapia: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ❑ Evaluación de manejo ❑ Evaluación de silla de ruedas Otro: _____	❑ Informes de radiología ❑ Informes de laboratorio ❑ Informes de ECG ❑ Informe de deglución de bario Otro: _____	(Editado en CD) ❑ Todas las imágenes ❑ imagen por resonancia magnética ❑ TC ❑ Radiografía ❑ Ultrasonido Otro: _____

- ❑ Resumen (resumen del alta, historia clínica y física, nota de evaluación de la terapia, consultas, resultados de diagnóstico y análisis de laboratorio)
- ❑ Historia clínica completa **con** notas del personal de enfermería (no incluye CD de radiología ni facturación)
- ❑ Historia clínica completa **sin** notas del personal de enfermería (no incluye CD de radiología ni facturación)

Otro: _____

Categorías especiales de registros: Ciertos registros relacionados con información sobre trastornos por abuso de sustancias, salud mental y VIH/SIDA cuentan con protecciones especiales y requieren que especifique si la información debe incluirse en esta divulgación.

- ❑ Informe de neuropsicología
- ❑ Notas de psicoterapia*
- ❑ Registros de trastornos por uso de sustancias
- ❑ Información sobre VIH/SIDA
- ❑ Otro: _____

*** Se requiere una autorización separada para las notas de psicoterapia y no se puede combinar con una solicitud de otros tipos de expedientes.**

Firma: _____ Fecha _____

Al firmar este formulario de autorización, comprendo que:

- Las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.
- Excepto en la medida en que Shepherd Center u otro titular legal de la información ya haya confiado en esta autorización, entiendo que tengo derecho a revocarla en cualquier momento enviando un aviso por escrito a Shepherd Center, Departamento de Administración de Información Médica, a la dirección que se indica a continuación.
- Esta autorización expirará (seleccione **una** opción a continuación):
  - ❑ Una vez cumplida.
  - ❑ Dentro de los _____ días siguientes a la fecha de la firma.
  - ❑ Al final de mi relación de tratamiento con Shepherd Center.
  - ❑ Otro: _____
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información divulgada no esté protegida por las normas federales sobre confidencialidad.
- Shepherd Center no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a que firme esta autorización.

_____ _____

Paciente **O** representante autorizado*** Firma Nombre en letra de imprenta

_____ _____

Relación con el paciente (si corresponde) Fecha

***Si lo firma un representante autorizado, indique su relaci6n con el paciente.

- Si tiene autoridad legal formal (par ejemplo, poder notarial para la atenci6n medica, tutela/curatela, albacea), proporcione una copia de esa documentaci6n.
- De no ser asi, describa c6mo actua coma representante autorizado del paciente (p. ej., c6nyuge, padre, hijo en edad adulta, pariente legal mas cercano).
- Si el paciente ha fallecido, proporcione las Cartas de albacea.
- Si un abogado de compensación para trabajadores solicita registros, proporcione un formulario de autorización de compensación para trabajadores GA WC207 o similar de otro estado.

ENVIAR AUTORIZACIÓN: Correo electrónico: roi@shepherd.org O **Fax:** 404-350-7772 O **Correo postal** (consulte la dirección a continuación)