

## Autorización de uso y divulgación de información de salud protegida

Apellido del paciente en letra de molde \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Número de la seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Autorizo a Wadley Regional Medical Center a divulgar la información protegida de salud a:**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono/Número de fax \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Llame a este número de teléfono cuando los registros estén disponibles para recogerse en el hospital

**OBJETIVO DEL USO O DIVULGACIÓN**

Fechas aproximada(s) de servicio que se usará o divulgará \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN QUE SE USARÁ O DIVULGARÁ**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias   | <input type="checkbox"/> Informe de patología                  |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta                     | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio               |
| <input type="checkbox"/> Historial y datos físicos            | <input type="checkbox"/> Informes y radiografías de radiología |
| <input type="checkbox"/> Informe operativo o de procedimiento | <input type="checkbox"/> Informe(s) de ECG                     |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas                | <input type="checkbox"/> Otros                                 |

**\*Autorización específica para divulgar archivos delicados\***

**Entiendo QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES PARA INCLUIR EL USO O LA REVELACIÓN DE: (marque y firme sus iniciales)**

- |   |                 |   |                 |
|---|-----------------|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Archivos de abuso del alcohol o las drogas           | Iniciales _____ | <input type="checkbox"/> Archivos psiquiátricos     | Iniciales _____ |
| <input type="checkbox"/> Información sobre enfermedades de transmisión sexual | Iniciales _____ | <input type="checkbox"/> Información sobre VIH/SIDA | Iniciales _____ |



\*Esta información se revela a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de esta información sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a quien se refiere o según lo permitan dichas normas. Una autorización general NO es suficiente para este propósito.

- Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que Wadley Regional Medical Center ya haya actuado confiando en esta autorización.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización enviando o transmitiendo por fax un aviso por escrito al Ejecutivo de Privacidad, al Wadley Regional Medical Center, 1000 Pine Street, Texarkana, TX 75501 o por fax 903-798-7119, indicando mi intención de revocar esta autorización.
- A menos que sea revocada, entiendo que la fecha o evento específicos en los que vence esta autorización es de un año después de firmar y fechar este formulario, a menos que aquí se indique otra cosa: \_\_\_\_\_
- Entiendo que Wadley Regional Medical Center no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios a que se complete este formulario de autorización.
- Entiendo que la información que se revela puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede ya no estar protegida por la ley federal de privacidad si el destinatario no es una "entidad cubierta".
- Si la casilla está marcada, el hospital recibirá una compensación financiera directa o indirecta en relación con el uso o la divulgación de su información para fines de marketing.

Firma (del paciente o su representante legal) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del representante legal \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**TENGA PRESENTE: ESTE FORMULARIO DEBE RELLENARSE EN SU TOTALIDAD. GRACIAS POR SU CUMPLIMIENTO.**

	Account Number: _____		MR Number: _____						
	Patient Name: _____								
	Admit Date: _____								
 <p>1000 Pine Street Texarkana, Texas 75501 Phone: 903-798-8000</p>	DOB	Age	Sex	HT	WT	RM-BD	PT	SVC	FC
Allergies: _____									
Attending Physician Name: _____									