

Davis Hospital and Medical Center

A STEWARD FAMILY HOSPITAL

1600 Antelope Drive
Layton, UT 84041
801-807-1000



Davis Hospital and Medical Center Autorización para usar o revelar información médica protegida

Solicitud completada por _____ (iniciales del personal) N.º de expediente médico _____

Por la presente autorizo a **Davis Hospital and Medical Center** a utilizar o revelar la información médica protegida de mis expedientes médicos que se especifica abajo:

1) NOMBRE DEL PACIENTE: (En letra de molde) _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Calle Ciudad Estado Código postal </div> Número(s) de teléfono de contacto: _____ Correo electrónico: (Si corresponde) _____				
2) LA INFORMACIÓN SE REVELARÁ A: Nombre de la persona o del centro (en letra de molde) _____ Dirección (en letra de molde) _____ Ciudad _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Correo electrónico: (Si corresponde) _____				

Fax n.º _____

 N.º de teléfono _____

3) Método de entrega preferido -

- Correo electrónico
- Correo postal a la dirección indicada en el apartado 2 arriba
- Recepción en persona

4) Fechas de tratamiento desde: _____ **Hasta:** _____

5) EXPEDIENTES/INFORMES ESPECÍFICOS A REVELAR:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de admisión y examen físico
<input type="checkbox"/> Resumen del alta
<input type="checkbox"/> Sala de emergencias
<input type="checkbox"/> Informes de electrocardiograma (ECG) | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Informes de estudios de imagenología (especifique si es una tomografía computarizada [CT], radiografía, imagen por resonancia magnética [MRI])
<input type="checkbox"/> Informes de patología
<input type="checkbox"/> Notas de la cirugía | <input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación (fisioterapia [PT], terapia ocupacional [OT], terapia del habla)
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____

_____ |
|---|---|--|

6) REVELACIÓN RESTRINGIDA: No revelaremos la siguiente documentación **a menos que** usted marque la casilla correspondiente y proporcione una firma adicional:

Revelación	Firma	Revelación	Firma
<input type="checkbox"/> Documentación de los proveedores de salud mental/conductual*		<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas/Resultados de las pruebas*	
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de detección de VIH/SIDA		<input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas Tratamiento*** o <input type="checkbox"/> abuso de sustancias	
<input type="checkbox"/> Comunicaciones confidenciales con un trabajador social		<input type="checkbox"/> Abuso y abandono de niños y adultos mayores	
<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de agresión sexual/violación		<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de violencia doméstica	
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual			

* Esta autorización no es válida para el uso o revelación de notas de psicoterapia

** El término "pruebas genéticas" se refiere únicamente a las pruebas que determinan sus posibilidades futuras de desarrollar una enfermedad, no a las pruebas realizadas para diagnosticar una condición o problema actual.

***Solo se aplica a los expedientes creados por un "individuo o entidad que se presenta como proveedor de diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento". (Código de Reglamentos Federales 42 [CFR] Parte 2) No incluye los expedientes que se crean o mantienen en un centro médico general.

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2



