

# Salt Lake Regional Medical Center

A STEWARD FAMILY HOSPITAL

1050 E S Temple  
Salt Lake City, UT 84102  
801-350-4111



IN PARTNERSHIP WITH PHYSICIAN OWNERS

## Salt Lake Regional 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 Salt Lake Regional 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: \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 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:

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

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**



# Salt Lake Regional Medical Center

A STEWARD FAMILY HOSPITAL

1050 E S Temple  
Salt Lake City, UT 84102  
801-350-4111



## Salt Lake Regional Medical Center Autorización para usar o revelar información médica protegida

### 7) SOLICITUD DE EXCLUSIÓN:

Solicito que la o las siguientes admisiones/visitas se excluyan específicamente de esta solicitud \_\_\_\_\_  
(especifique fechas de servicio).

### 8) PROPÓSITO DE REVELACIÓN:

Atención médica  Legal  Seguro  Personal  Otros \_\_\_\_\_

\*Se pueden aplicar cargos

### 9) PLAZO: Esta Autorización permanecerá vigente durante un año o:

- Hasta que Salt Lake Regional Medical Center atienda esta solicitud.
- Desde la fecha de la autorización hasta \_\_\_\_\_ el día de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_
- Hasta que ocurra el siguiente evento: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

**10) REVOCACIÓN:** Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento solicitándola a Salt Lake Regional Medical Center por escrito en la dirección indicada abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que Salt Lake Regional Medical Center reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que Salt Lake Regional Medical Center haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Gestión de la información médica  
Salt Lake Regional Medical Center  
1050 East South Temple,  
Salt Lake City, UT 84102

**11) EFECTO SOBRE EL TRATAMIENTO/PAGO/INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD:** Comprendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización por cualquier motivo; y que, al hacerlo, no se verán afectados el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento, el pago, la inscripción en el seguro de salud o la posibilidad de recibir beneficios en Salt Lake Regional Medical Center.

**12) POTENCIAL DE REVELACIÓN POSTERIOR:** Comprendo que la persona que reciba mi Información Médica Protegida puede no estar obligada a cumplir con las leyes de privacidad federales y estatales, y que mi Información Médica Protegida podría dejar de estar protegida por la ley estatal y federal aplicable una vez que sea revelada por Salt Lake Regional Medical Center.

**13) ACCESO:** Comprendo que, en determinadas circunstancias, Salt Lake Regional Medical Center tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El Salt Lake Regional Medical Center me notificará por escrito tales denegaciones.

He leído y comprendido los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre el uso o revelación de mi información médica. Con mi firma abajo, autorizo a Salt Lake Regional Medical Center, con conocimiento de causa y de forma voluntaria, a utilizar o revelar mi información médica en la forma descrita arriba.

14) \_\_\_\_\_  
Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente en letra de molde \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

For Office Use: <input type="checkbox"/> I.D Verification _____
--

Firma del representante autorizado Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización:

15) \_\_\_\_\_  
Firma del representante personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

15) \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del representante del paciente \_\_\_\_\_ Relación con el paciente o autoridad para actuar en su nombre \_\_\_\_\_

Las preguntas sobre revelación deben dirigirse al director de gestión de información médica del hospital.

#### For Office Use:

- Copy of this authorization provided to the patient
- Copy of this authorization provided to the personal representative

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

