

**Wadley Regional Medical Center at Hope**  
**Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida**

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

Por la presente autorizo a **Wadley Regional Medical Center at Hope** 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
  - Resumen del alta
  - Informes de estudios de imagenología (especifique si es una tomografía computarizada [CT], radiografía, imagen por resonancia magnética [MRI])
  - Consulta
  - Informes de patología
  - Sala de emergencias
  - Notas de la cirugía
  - Informes de electrocardiograma (ECG)
  - Servicios de rehabilitación (fisioterapia [PT], terapia ocupacional [OT], terapia del habla)
  - 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"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			

\* 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 se exige para los expedientes que se crean o mantienen en un centro médico general.

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

**Wadley Regional Medical Center at Hope**  
**Solicitud del Paciente / 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 **Wadley Regional Medical Center at Hope** 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 **Wadley Regional Medical Center at Hope** por escrito en la dirección indicada abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que **Wadley Regional Medical Center at Hope** reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que **Wadley Regional Medical Center at Hope** haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

**Gestión de la información médica**

**Wadley Regional Medical Center at Hope**

2001 South Main Street,

Hope, AR 71801

**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 **Wadley Regional Medical Center at Hope**.

**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 **Wadley Regional Medical Center at Hope**.

**13) ACCESO:** Comprendo que, en determinadas circunstancias, **Wadley Regional Medical Center at Hope** tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El **Wadley Regional Medical Center at Hope** 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 **Wadley Regional Medical Center at Hope**, con conocimiento de causa y de forma voluntaria, a utilizar o revelar mi información médica en la forma descrita arriba.

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

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

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

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

Nombre en letra de molde del representante del paciente \_\_\_\_\_ 15) \_\_\_\_\_  
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 APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2**

\* S C A . r o i \*