

Autorización para obtener / divulgar información

Nombre del paciente: _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Apellido de soltera/otro nombre)

Fecha de nacimiento: _____ **Teléfono:** _____ **Fax:** _____

Dirección completa (calle o número de apartado postal, ciudad, estado, código postal)

Esta información se usará con el siguiente propósito: Uso propio Atención médica adicional Abogado
 Cambio de médico Discapacidad Indemnización por accidente laboral (*workers comp*)
 Elegibilidad/beneficios del seguro médico Otro _____

Por la presente autorizo a la(s) entidad(es) de Yale New Haven Health que aparecen a continuación para que:
 divulgue(n) información de mi expediente médico a: obtenga(n) información de:

Nombre: _____ **Teléfono/Fax:** _____

Dirección: _____ **Ciudad/Estado:** _____ **Código postal:** _____

Método de divulgación:

Correo Pasar a recoger (Requiere identificación con fotografía) (Fecha _____ Hora _____ la determinará el personal) Fax (Sólo para médicos y proveedores de cuidado de la salud)

Por favor marque la casilla correspondiente a los archivos que está solicitando:

Yale-New Haven Hospital Hospital of Saint Raphael, antes del 12 de septiembre de 2012 Bridgeport Hospital
 Greenwich Hospital Northeast Medical Group Smilow Care Center Cardiología Urología

Contenido de la divulgación: Fecha(s) de servicio solicitada(s): Desde: _____ **Hasta:** _____

<input type="checkbox"/> Historial médico y examen físico	<input type="checkbox"/> Informe de patología	<input type="checkbox"/> Centro oncológico (<i>cancer center</i>)	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma de esfuerzo (<i>stress test</i>)
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Expediente de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Radiografías en CD	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio
<input type="checkbox"/> Visita a la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso	<input type="checkbox"/> Informe de radiografías	<input type="checkbox"/> Archivo de facturas
<input type="checkbox"/> Informe de procedimiento /cirugía	<input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia / terapia ocupacional/terapia del lenguaje	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma (<i>EKG</i>)	<input type="checkbox"/> Ecocardiograma
<input type="checkbox"/> Registro de vacunación	<input type="checkbox"/> Otro _____		

For Internal Use Only: MRN: _____ **CSN:** _____



LA INFORMACIÓN SOBRE VIH - SALUD MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO - DROGAS/ALCOHOL que esté presente en el expediente médico mencionado anteriormente se divulgarán por medio de esta autorización, a menos que se indique lo contrario a continuación. **(Cualquier registro que contenga alguna de estas informaciones requiere, para su divulgación, la autorización firmada por el paciente a partir de los 13 años de edad). *****

Ponga sus iniciales al lado de la información que desea que NO se divulgue:

_____ **VIH** _____ **Abuso de sustancias, incluye alcohol y drogas** _____ **Prueba de embarazo**
_____ **Pruebas genéticas** _____ **Salud mental y del comportamiento/Psiquiatría**
_____ **Enfermedades de transmisión sexual** _____ **Otro (por favor indique) (_____)**

- Esta autorización estará vigente por un año a partir de la fecha que aparece más abaj. Entiendo que después de haber firmado este formulario, puedo cambiar de opinión y cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento contactando por escrito a la Unidad de Información Médica de YNHHS (*YNHHS Medical Information Unit*). La cancelación de la autorización no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en base a esta autorización.
- Entiendo que la información divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta, a su vez, a divulgación por parte del receptor y ya no estará protegida bajo los términos de esta autorización o por las regulaciones federales sobre privacidad.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria y mi tratamiento por parte de YNHHS de ninguna manera está condicionado al hecho de que la firme o no y que me puedo rehusar a firmarla. Si no firmo este formulario, el pago por esta atención médica solamente se verá afectado si mi aseguradora de atención médica es quien solicita dicha información y está permitido que requiera esta autorización.
- Entiendo que, si lo solicito, puedo ver y copiar la información que se describe en este formulario. De acuerdo con la ley del estado de Connecticut, se cobra una tarifa por las copias.
- Si el paciente es menor de edad (tiene menos de 18 años), el padre, la madre o el tutor legal tienen que firmar esta autorización. Si se incluye información sobre el VIH, Salud mental, Drogas/Alcohol y el paciente tiene 13 años o más, el paciente debe firmar para que se divulguen estos archivos.

Puede enviar esta autorización a: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma del paciente o del representante autorizado

****debe proporcionar prueba de la representación (excepto si es el padre o la madre del menor)*

Por favor indique su vínculo con el paciente y si no es el paciente, el motivo por el cual el paciente no puede firmar

Paciente Padre o madre Tutor legal Albacea/Administrador de los bienes Representante de cuidado de la salud Curador Otro representante legal autorizado _____ (especifique)

Motivo - **Incompetencia** **Discapacidad física**

AUTORIZACIÓN PARA REVISAR EL EXPEDIENTE MÉDICO

Por este medio solicito que se me permita revisar mi expediente médico. Entiendo que puedo solicitar cambios o enmiendas a través del formulario para enmiendas (*Patient Amendment Form*).

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma del paciente: _____ Teléfono (obligatorio) _____

La cita para la revisión se le notificará por teléfono.



F4918

F4918 SPAN (Rev. 04/14)