



**Pedido/Authorización para la
Divulgación de Información
Protegida de la Salud**

Paciente G#: _____
Paciente C#: _____
ID verificada por: _____

Identificación del paciente	Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirrección: _____ Teléfono: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____ Apellido de soltera: _____ NSS: ***-**-_____	
Proveedor que tiene su información médica	Proveedor/Facilidad: _____ Dirrección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	
Divulgar la información a:	Nombre/Facilidad: _____ Dirrección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	
Mamografías	<input type="checkbox"/> Yo le doy mi permiso al Distrito de Hospitales de Grand River para obtener mis mamografías anteriores y resultados, y para obtener cualquier resultado de los exámenes que incluyen (pero no excluyente a) el ultrasonido o resultados de la biopsia.	
Información para divulgar:	<input type="checkbox"/> Historia y Médico físico <input type="checkbox"/> Resumen de la alta médica <input type="checkbox"/> Informe operativo/procesal <input type="checkbox"/> Informe de patología <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> La terapia (PT/OT)	<input type="checkbox"/> Visita a la sala de emergencias <input type="checkbox"/> Visita(s) a la clínica <input type="checkbox"/> Informes radiológicos; CT MRI US X-Ray <input type="checkbox"/> Películas de radiología <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Facturación
Limitar los registros a:	Período de tiempo de: _____ a _____ En consideración del diagnóstico específico o el tratamiento de: _____	
Propósito de divulgar:	<input type="checkbox"/> A petición del paciente <input type="checkbox"/> Reclamación del seguro <input type="checkbox"/> Transferencia de registros al nuevo médico o consultor – continuación del cuidado	<input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Otro
Fecha de CADUCIDAD:	Esta autorización caducará en un año después de la fecha de la firma o en: _____	
Revocación	Yo entiendo que puedo revoocar esta autorización en cualquier momento por enviar un aviso escrito al proveedor/facilidad de ciudadano médico anotado por arriba. Entiendo que cualquiera publicación hecha antes de mi revocación en el cumplimiento de esta autorización no constituirá una violación de mis derechos a la privacidad.	
Autorización	<p>Yo por la presente autorizo la facilidad/proveedor por arriba a divulgar información médica relativa al paciente nombrado por arriba a la parte identificada en la sección titulada "Divulgar la información a."</p> <p>Yo entiendo que es posible que la información que se publicará contenga información con respecto al tratamiento de trastornos mentales, el uso de alcohol y drogas, y información relativa a VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).</p> <p>Yo entiendo que es posible que la información sea sometida a la divulgación por el destinatario otra vez y pueda no estar ya protegida.</p> <p>Además, yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o el abono o mi elegibilidad para prestaciones sociales.</p> <p>Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____</p> <p>**Si firmado por el representante, por favor declare Ud. la autorización en nombre del paciente.</p>	
	Yo entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización si no quiero divulgar mis registros médicos.	
<p>*Una fotocopia/fax de esta autorización será tratado de la misma manera que una original*</p> <p>** Grand River Health – HIM/Departamento de registros médicos: Fax # 970-625-2752 Teléfono # 970-625-6412 **</p>		

Comments: _____ Initial: _____