

Etiqueta del paciente

**Autorización para divulgar
Información médica protegida**



Autorizo a los siguientes centros de Sentara: _____

Divulgar la información del historial de: (Enviar por correo: ___ o Retirar: ___)

Nombre del paciente: _____ Número de Seguro Social/Número de historial médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número telefónico diurno: _____

Dirección: _____

**La documentación se puede divulgar electrónicamente si se almacena en un medio electrónico.
Consulte con su centro para determinar si su información médica es candidata para una divulgación electrónica.**

Las partes 1 y 2 deben completarse para identificar correctamente los historiales que se divulgarán.

1. Tipo de historiales que se divulgarán y fecha(s) de servicio (marque todo lo que corresponda):

- Paciente hospitalizado – Fechas: _____ Servicio de emergencias – Fechas: _____
 Cirugía ambulatoria – Fechas: _____ Exámenes ambulatorios – Fechas: _____

2. La siguiente información se divulgará con el resumen de su visita electrónica

<p><i>Uso significativo</i></p> <p><input type="checkbox"/> Resumen (incluye historial y examen físico, resumen del alta, consultas, notas de operación, laboratorios, radiografías)</p> <p><input type="checkbox"/> Alergias</p> <p><input type="checkbox"/> Informes de consulta</p> <p><input type="checkbox"/> Pruebas de diagnóstico (trabajo de laboratorio, radiología, patología, estudios cardiológicos, electrocardiogramas, ecocardiogramas, electroencefalogramas, electromiogramas, ecografías Doppler, neurología, función pulmonar, vascular, audiología obstetricia y ginecología, genética)</p>	<p><input type="checkbox"/> Resumen del alta</p> <p><input type="checkbox"/> Instrucciones del alta</p> <p><input type="checkbox"/> Informe del servicio de emergencias</p> <p><input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos (History & Physicals, H&P)</p> <p><input type="checkbox"/> Lista de medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Notas de las enfermeras</p> <p><input type="checkbox"/> Informe operatorio</p> <p><input type="checkbox"/> Informe de patología</p>	<p><input type="checkbox"/> Historiales de fisioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Órdenes médicas</p> <p><input type="checkbox"/> Lista de problemas</p> <p><input type="checkbox"/> Otros:</p> <p><input type="checkbox"/> Historial completo – Fechas:</p>
--	---	--

3. Entiendo que la información en mi historial médico podría incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre el comportamiento o servicios de salud mental, pruebas genéticas y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas. Esta información se divulgará a menos que se indique lo contrario:

No divulgar: _____ (Iniciales)

4. Esta información puede ser divulgada y utilizada por los siguientes:

Con el propósito de: _____

5. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener instrucciones sobre cómo revocar esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo según mi política. A menos que de otra manera se revoque, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición:

Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización caducará en seis (6) meses.

6. Entiendo que la autorización de la divulgación de su información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Entiendo que puedo revisar o hacer una copia de la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en el Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 164.524. Si Sentara solicitó la divulgación, encierre en un círculo **sí recibirá** o **no recibirá** en la siguiente oración: Sentara recibirá/no recibirá remuneración por esta divulgación.

Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre mi información médica, puedo comunicarme con el número de Contacto de privacidad de Sentara a través del:

1-800-981-6667.

- Padre o Tutor legal Poder notarial Pariente más cercano fallecido Albacea testamentario de herencia

Firma del paciente o Representante legal

Fecha