



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN O INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Issued: 05/08
Form: 1606
Revised:



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ Teléfono: _____

Autorizo al Rockingham Memorial Hospital a usar o divulgar me información de salud según se describe a continuación:

- Divulgar la información a: _____
Nombre de la persona u organización que recibirá la información
- Recibir información de: _____
- Intercambiar información de salud de manera constante con: _____
Teléfono y fax o dirección de la persona u organización que recibirá la información
- Tomar fotografías de: _____

Propósito de la divulgación:

- Solicitud del paciente
- Atención médica
- Verificación de nacimiento
- Otros: _____

Información delicada: (A continuación el paciente debe marcar específicamente cuál información se puede incluir).

- Atención psiquiátrica o evaluación psicológica
- Información de pruebas de VIH y SIDA
- Información relacionada con el abuso de alcohol y drogas
- Notas de psicoterapia

Los registros o informes específicos que pueden ser divulgados incluyen:

- Resumen del alta - Fecha(s) _____
- Rayos X, Informe de diagnóstico por imágenes- Fecha(s) _____
- Historial y exámenes físicos - Fecha(s) _____
- Laboratorio - Fecha(s) _____
- Registros del Departamento de emergencia - Fecha(s) _____
- Informe de operaciones - Fecha(s) _____
- Consultas - Fecha(s) _____
- Informe de patología- Fecha(s) _____
- Notas de consulta de los médicos de RMH - Fecha(s) _____
- Registro de facturación- Fecha(s) _____
- Expediente completo - Fecha(s) _____
- Otros, especificar - Fecha(s) _____

Entiendo que esta autorización es voluntaria. No firmar este formulario, no afectará mi atención médica en RMH ni el pago de la misma, a menos que esté recibiendo tratamiento sólo con el propósito de proporcionar información médica a un tercero, tal como mi empleador. Entiendo que para cancelar esta autorización puedo enviar una solicitud por escrito a Release of Information (Divulgación de la información), Health Information Management Department (Departamento de Administración de Información Médica), pero no afectará la información que ya haya sido divulgada antes del aviso de cancelación de la autorización. Entiendo que esta autorización tendrá vigencia durante un año a partir de la fecha en que la firme, o hasta el _____ (no debe exceder de un año). Entiendo que una vez sea divulgada mi información, ya no estará protegida por las regulaciones federales de confidencialidad. La información sobre alcohol, drogas, VIH, CRS o SIDA, si existe, se divulgará según mis indicaciones anteriores. Entiendo que esta información está protegida por las leyes federales y estatales de confidencialidad y no puede divulgarse sin autorización, a menos que lo exija o permita la ley.

Entiendo que me cobrarán las copias de los expedientes médicos.

Firma del paciente/representante legal

Fecha de autorización

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente

RECORDATORIO: Consulte la Política de divulgación de información del RMH antes de divulgar la información de un menor de 14 a 17 años de edad.

Si no firma el paciente, indicar razón:

- Menor de edad
- Fallecimiento
- Incompetencia
- Otro: _____

For office use only: M# _____ V# _____