

N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

Visita: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Como se establece de manera más exhaustiva en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, la ley nos exige que obtengamos su autorización para usar o divulgar su información de salud para otros fines que no sean tratamiento, pago u operaciones de atención médica. En dicho Aviso le proporcionamos información sobre la manera en que University of Missouri Health System (UMHS, por sus siglas en inglés) puede usar o divulgar su información de salud. Usted tiene el derecho de analizar nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar la presente autorización.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por el presente autorizo a UMHS a divulgar mis historias clínicas de:

Nombre del paciente

- Hospitales y clínicas de la Universidad a:
- Ellis Fischel Cancer Center a:
- Women's and Children's Hospital a:
- Missouri Psychiatric Center a:
- Consultorios de médicos de la Universidad en: \_\_\_\_\_ a:

Nombre de la persona y entidad que recibe la información \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de la persona y entidad que recibe la información \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_  
(Las historias clínicas se enviarán por fax solamente para brindar atención inmediata al paciente; de lo contrario; todos los demás registros se enviarán por correo postal.)

Se revelará la siguiente información: **Fecha/Hora de cita pendiente:** \_\_\_\_\_

- Nota de admisión
- Nota operativa
- Resumen de alta
- Notas de atención en clínicas
- Interconsultas
- Nota de evolución
- Registro de la sala de emergencias
- Registro de ambulancia
- Informes de laboratorio
- Exámenes de diagnóstico
- Informes de radiología
- Películas radiográficas
- Fotografías/ Medios digitales
- Comunicación verbal con: \_\_\_\_\_
- Otra información: \_\_\_\_\_

Fechas de los tratamientos a ser divulgados – De: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Esta información se divulga por el siguiente motivo:

- Médico
- Discapacidad
- Seguro
- Uso personal
- Otros: \_\_\_\_\_

\*501\*

Autorización

N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_  
Visita: \_\_\_\_\_

Deseo que mis historias clínicas se divulguen de la siguiente manera:  Copias impresas  Formato electrónico (copia en CD)

<b>DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE SALUD MENTAL, ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL, VIH/SIDA:</b>	<b>Iniciales</b>
Entiendo que si mi historia clínica o mi registro de facturación contienen información sobre <i>exámenes o tratamientos de salud mental</i> , acepto su divulgación.	
Entiendo que si mi historia clínica o mi registro de facturación contienen información sobre <i>abuso de drogas o alcohol, enfermedades de transmisión sexual, pruebas de hepatitis B o C u otra información confidencial</i> , acepto su divulgación.	
Entiendo que si mi historia clínica o mi registro de facturación contienen información sobre <i>pruebas o tratamientos de VIH/SIDA</i> , acepto su divulgación.	

Usted puede solicitar inspeccionar o copiar la información que UMHS tiene la intención de divulgar. UMHS NO puede exigirle que firme la presente autorización para recibir tratamiento. Usted puede negarse a firmar esta autorización. Si se niega a firmarla, la información solicitada no se divulgará. Una vez que se revele esta información a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente, su información puede volver a ser divulgada por tal(es) persona(s). Puede revocar esta autorización en cualquier momento (mediante notificación por escrito al sector de Historias Clínicas a la dirección indicada más arriba), excepto en la medida que ya hubiésemos divulgado la información basándonos en esta autorización. Normalmente, esto se realiza a través de nuestro formulario de revocación, pero se aceptan otros medios de notificación. Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o cuando se presente la siguiente condición: \_\_\_\_\_, a menos que usted la revoque. Si no indica una fecha o condición específica en la vencerá esta autorización, caducará automáticamente seis meses después de la fecha en que la firme.

*Si solicita información para usted o un tercero, UMHS puede cobrar un arancel apropiado y razonable por la copia de tal información. Dicho arancel cumplirá con todas las leyes aplicables federales y del estado de Missouri.*

Yo, \_\_\_\_\_, he leído la información precedente y autorizo a UMHS a divulgar la información identificada a las personas mencionadas para los fines descritos en el presente documento. Se le dará una copia de la autorización después de que la firme.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
Fecha

<sup>1</sup>Si firma el representante legal, este debe especificar su facultad para firmar en representación del paciente y adjuntar una copia de la documentación.

El paciente:  Es menor de edad  Falleció  Es incapaz  
Relación con el paciente:  Padre/ madre  Tutor legal  Curador  
 Poder legal  Otros: \_\_\_\_\_

*Si obtiene una autorización para la divulgación de información de salud protegida creada con fines de investigación, comuníquese con la Junta de Revisión Institucional (IRB), ya que tal autorización requiere información detallada que excede el alcance del presente documento.*