

CARROLLTON REGIONAL MEDICAL CENTER

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente, autorizo a Carrollton Regional Medical Center a divulgar mi información de **salud** identificable, según se detalla a continuación. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Entiendo, además, que mi atención médica y el pago por dicha atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario.

Comprendo que si la organización autorizada para recibir la información no es una entidad **cubierta**, es decir, no es una compañía de seguros o un profesional de atención de la salud, existe la posibilidad de que la información **revelada** ya no esté protegida por los reglamentos federales y estatales de privacidad.

Comprendo que dicha autorización caducará al cabo de 180 días a partir de la fecha de la **firma** o en la fecha o el evento que se especifica aquí _____ (Fecha de caducidad/evento).

Comprendo, además, que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, enviando **una** notificación por escrito al centro Carrollton Regional Medical Center donde se firmó dicha autorización. También entiendo que la **revocación** por escrito debe estar firmada y tener una fecha que sea posterior a la fecha de esta autorización. La revocación no afectará **ninguna** divulgación que se haya hecho con antelación a recibir la revocación escrita.

Comprendo que se cobrará un recargo por las fotocopias y los registros que se proporcionen **en medios** electrónicos, según lo permite la legislación de Texas, salvo que las copias se envíen directamente a otro proveedor de atención **médica**.

Desearía revisar mi registro.

Nombre del paciente	Últimos 4 dígitos del número de seguro social	Fecha de nacimiento MM / DD / YYYY	N.º de cuenta	N.º de expte. médico
Dirección postal	Ciudad, Estado,	Código postal	Número de teléfono	

Divulgar la información de estos centros de CRMC: _____

Divulgar la siguiente información correspondiente a estas fechas de tratamiento: _____

La información se divulgará a: Paciente/Designado Entidad de atención médica Compañía de seguro Abogado Otro

Nombre de la persona/organización	Número de teléfono
Dirección postal	Ciudad, Estado, Código postal
	Número de fax

Propósito del uso y/o de la divulgación: Atención continua Legal Seguro Uso **personal** Otro _____

Formato de la copia del registro: Impreso CD _____

Entrega de copia del registro: Se recoge Se envía por correspondencia Se envía **por fax** al consultorio médico

Información a divulgar:

Incluir esta información si corresponde: _____ Alcohol/drogas _____ Pruebas genéticas _____ VIH/SIDA _____ Salud mental
INICIALES DEL FT INICIALES DEL FT INICIALES DEL FT INICIALES DEL FT

- Solo extracto resumido (notas clínicas, antecedentes/examen físico, informes de procedimientos, patología, consultas, resultados de pruebas, resumen del alta)
- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Departamento de emergencias | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Indicaciones del proveedor |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Antecedentes/Examen físico | <input type="checkbox"/> Notas de enfermería | <input type="checkbox"/> Placas radiográficas |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica completa | <input type="checkbox"/> Inmunización | <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | |
- Otros: _____

Comprendo que el registro puede estar incompleto, si se trata de una visita reciente, y que se **puede** agregar documentación adicional luego de enviar esta solicitud.

Firma del paciente o representante legal (no se aceptan firmas electrónicas)

Fecha

Nombre en imprenta del paciente/del representante legal

Relación **con** el paciente

Autoridad del representante para actuar en nombre del paciente
(adjuntar documentación de respaldo)

