



Authorization to Use or Disclose Protected Health Information — Spanish
Autorización para usar o divulgar información de salud protegida
(Este formulario tiene que ser completado en su totalidad antes de firmarse)

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código postal (ZIP)

1. Por este medio autorizo al The Miriam Hospital a: Divulgar a Obtener de
2. _____
Persona / Lugar / Institución

Calle Ciudad Estado Código postal (ZIP) Teléfono

3. Fechas o período del tratamiento _____

4. Propósito de la divulgación: Coordinación de la atención Solicitud del paciente Legal
 Otro (por favor especifique): _____

5. Formato del registro-por favor marcar una opción: papel dispositivo de almacenamiento de datos

6. Información a divulgarse (marcar todas las opciones aplicables): Podría haber un cargo relacionado con esta solicitud

Registro del Depto. de Emergencia Informe operativo/de patología Informes de laboratorio/Radiología
 Otra prueba de diagnóstico Visita a la clínica/al consultorio Consulta/Evaluación
 Resumen posterior a la visita Resumen* Resumen del alta Otro _____

*El resumen incluye: *Facesheet* (datos del paciente), Registro del Depto. de Emergencia, Historia clínica y examen físico (H&P), Resumen del alta (D/C), Consulta, Informe operativo, Informe de patología, resultados de pruebas, PT (Fisioterapia) / OT (Terapia ocupacional) / ST (Terapia del habla)

Para afiliados de salud conductual: Evaluación Plan de tratamiento Evaluación siquiátrica Medicamentos

7. No deseo que se divulgue la siguiente información: salud mental uso/pruebas de alcohol/drogas
 abuso sexual infecciones de transmisión sexual resultados de pruebas del VIH/SIDA

8. Comprendo que mis registros están protegidos por las leyes y los reglamentos federales de privacidad y por las Leyes Generales de Rhode Island, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento previo por escrito, salvo disposición legal específica en contrario. Comprendo asimismo que ciertos registros de salud que contienen información sobre abuso de alcohol y/o drogas podrían ser objeto de protección adicional por el Reglamento Federal 42 del Código de Reglamentos Federales (CRF), Parte 2. Confidencialidad de los registros relacionados con abuso de alcohol y/o drogas.

9. Comprendo que si la(s) persona(s) o entidad(es) que recibe(n) esta información no es(son) proveedor(es) de servicios de cuidado de la salud ni plan(es) de salud cubierto(s) por reglamentos federales, la información descrita anteriormente podría ser re-divulgada y deja de estar protegida por esos reglamentos. Por consiguiente, exonero a Lifespan, sus empleados y a mis médicos de toda responsabilidad que surja de esta divulgación de información sobre mi salud.

10. Es mi entendimiento que esta autorización se refiere a información que se tenga al momento de la solicitud, únicamente a la información solicitada anteriormente y vencerá en el término de 1 año a partir de la fecha de la firma al pie. Comprendo que puedo revocar esta autorización notificando por escrito mi revocación a Lifespan. Comprendo que mi solicitud de revocación no será aplicable a cualquier información divulgada previamente.

11. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa a firmarla no afectará mi capacidad de recibir tratamiento, pago ni mi elegibilidad para los beneficios, excepto lo descrito en contrario en el siguiente espacio:

Firma del paciente*, tutor legal o representante Fecha/hora

Nombre del paciente, tutor legal o representante en letra de molde Fecha/hora

*Nota sobre los menores de edad: Para divulgaciones a personas / entidades que no sean proveedores de servicios médicos, se requiere de la firma de un paciente menor de 18 años de edad que haya dado su consentimiento legal para prueba, examen o tratamiento para una enfermedad contagiosa de notificación obligatoria (incluyendo VIH o una enfermedad venérea) o para tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas.