

**TWIN COUNTY REGIONAL HEALTHCARE**  
**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**  
**FORMA DE AUTORIZACIÓN / REQUISICIÓN** (Circule Uno)

**Sección A:** Esta sección debe ser completada por el paciente.

Nombre del Paciente:		Historia Clínica #	
Dirección:		Fecha de Nacimiento:	
		Otro:	
Nombre del Hospital/Proveedor Revelador	Nombre de la Facilidad:		
	Dirección:		
	Ciudad/Estado/Código Postal:		
	Telefono #:		
<b>Nombre del Destinatario</b>	Nombre del Solicitante :		
	Dirección:		
	Ciudad/Estado/Código Postal:		
	Telefono:		

Fecha(s) de Servicio:					
List specific description of information to be released:	<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Informe de Alta	<input type="checkbox"/> Reportes/Imágenes	<input type="checkbox"/> Ordenes Médicas	<input type="checkbox"/> Expediente completo
	<input type="checkbox"/> Reg. de facturación	<input type="checkbox"/> EKG's	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Reg. Ambulatorios	<input type="checkbox"/> Otro _____
	<input type="checkbox"/> UB04	<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Reg. de Medicación	<input type="checkbox"/> Reps. Patología	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Carátula	<input type="checkbox"/> Reg. de Enfermería	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Historia Médica	<input type="checkbox"/> Reportes Cirug/Prog	<input type="checkbox"/> Contabilidad de divulgaciones	<input type="checkbox"/> _____

¿Quieres que el Hospital / Clínica divulge sus notas de psicoterapia (si existen) a la persona o institución que haya mencionado anteriormente? (Circule Uno) SI NO \_\_\_\_\_(iniciales aqui)

Describe el propósito / razón para esta solicitud:

**Sección B:** Debe ser completada por el paciente para todas las autorizaciones:

**El paciente o representante del paciente debe leer / reconocer las siguientes declaraciones:**

1. Yo entiendo que las personas aqui autorizadas a usar/divulgar información no pondran como condición, en el tratamiento o pago, mi suministración de esta autorización.
2. Yo entiendo que esta autorización expira \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. *(Si no hay fecha escrita, esta autorización expirará un año después de que haya sido recibida por el hospital.)*
3. Yo entiendo que la información usada o divulgada a una entidad distinta a un plan de salud o proveedor de atención médica puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no están protegidos por el "Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information", como se indica en 45 CFR160 and 164.
4. Yo entiendo que yo puedo anular esta autorización en cualquier momento notificando al hospital por escrito, salvo en la medida en que ya se ha realizado de acuerdo al periodo de autorización previa.
5. Yo entiendo que puedo ver la información descrita en esta forma si así lo quisiera y entiendo que yo voy a recibir una copia de esta forma después de que la firme.
6. Yo entiendo que si mi expediente contiene información sensible pueda yo necesitar que mi médico autorize el uso o divulgación de la misma
7. Yo entiendo que yo puedo rehusar firmar esta autorización y al asi hacerlo, entiendo que el rechazo a firmar esta autorización no afectará mi tratamiento.

*Por la presente autorizo el uso o divulgación de mi información médica personal de la manera aqui descrita. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria.*

(Firma del Paciente o Representante del Paciente)	(Fecha)
---	---------

(Si es representante del paciente, por favor escriba su nombre abajo y proporcionar pruebas/documentación que tenga en su poder las cuales muestran que tiene autorización de actuar en nombre del paciente.

**FOR OFFICE USE ONLY:**

Verified :	Yes	No	License #	
By:			SS #	
Signature:	Yes	No	Other:	