



## **Autorización para la Divulgación de Información de Salud**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

La Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre Anterior: \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación/liberación de mi información (La solicitud debe tener direcciones completas):

A Franciscan Healthcare  
 De 430 N. Monitor Street  
West Point, NE 68788  
Clínica Fax 402.372.6770  
Hospital Fax 402.372.6768

A Nombre \_\_\_\_\_  
 De La Dirección \_\_\_\_\_  
↑ Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_  
↑ Teléfono y Fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**FECHA(S) DEL SERVICIO SOLICITADO:** De \_\_\_\_\_ (fecha) a \_\_\_\_\_ (fecha).  
**NOTA:** Si no se proporcionan fechas, solo se enviará el año pasado.

### INFORMACIÓN A DIVULGAR:

<input type="checkbox"/> Historia y Examen Físico	<input type="checkbox"/> Registro Financiero
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso	<input type="checkbox"/> Registros de Trastornos por Consumo de Sustancias
<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Todo
<input type="checkbox"/> Informes de Radiología	<input type="checkbox"/> Solo los Siguientes Registros de Trastornos por Consumo de Sustancias: _____
<input type="checkbox"/> Informe de Consulta	
<input type="checkbox"/> Registro de la Sala de Emergencias	<input type="checkbox"/> Registro Completo
<input type="checkbox"/> Informe de Alta	<input type="checkbox"/> Otro _____

### AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON:

Información relacionada con el VIH/SIDA (incluidos los resultados de las pruebas)  Salud Mental  Resultados de Pruebas Genéticas

### EL PROPÓSITO DE DIVULGAR U OBTENER LA INFORMACIÓN ANTERIOR:

Transferencia de Atención  Continuidad de la Atención  Seguro/Facturación  Legal  Personal  Otro \_\_\_\_\_

### FORMATO DE DIVULGACIÓN Y MÉTODO DE ENTREGA:

Correo Electrónico Cifrado  Correo  Levantar  Fax  Otro \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto si una filial de Franciscan Healthcare ya ha actuado basándose en su autorización. La revocación debe presentarse por escrito al departamento de gestión de información médica de Franciscan Healthcare, a la atención de: Departamento de Gestión de Información Médica (HIM), 430 North Monitor Street, West Point, NE 68788.

#### Entiendo y reconozco que:

- Mi negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad de obtener tratamiento.
- La información médica que se divulgará de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por la ley estatal o federal.
- Esta autorización tiene una vigencia de 12 meses a partir de la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a HIM. Mi revocación será efectiva en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de mi autorización.

Una fotocopia o reproducción exacta de esta autorización firmada tendrá la misma fuerza y efecto que el original.

Firma del paciente o de su representante personal

Fecha

Tiempo

Relación con el paciente si firma el representante personal

Testigo

**ESTA SOLICITUD NO SERÁ PROCESADA A MENOS QUE ESTÉ FIRMADA POR USTED O SU REPRESENTANTE.**