



**Franciscan
Healthcare**
Tu salud es nuestra pasión.

430 N. Monitor Street
West Point, NE 68788-1595
franhealth.org

CLÍNICA
Teléfono 402.372.4044 Fax 402.372.6770
HOSPITAL
Teléfono 402.372.6724 Fax 402.372.6768

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 Sigüientes 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.