



PROVIDENCE

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

1. Yo autorizo al * Hospital Providence a divulgar la siguiente información del expediente de salud de:

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

2. Por favor de las fechas en que el servicio fue prestado: _____

3. Por favor marque la información que solicita ser enviada:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hoja de Portada | <input type="checkbox"/> Reportes de cirugía | <input type="checkbox"/> Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Reportes de Inteconsultas | <input type="checkbox"/> Abuso de Substancias |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio/Patología | <input type="checkbox"/> Reportes de VIH | <input type="checkbox"/> Notas de Evolución |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Reportes Rayos X- /Radiología | |
| <input type="checkbox"/> Expediente Completo | <input type="checkbox"/> Expediente Departamento de Emergencia Reportes | |

Otros: _____

4. Por favor enviar los registros marcados arriba a (use página adicional si es necesario):

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

5. Para que usará la información: _____

6. A menos que se indique, esta autorización caducará en 60 días por la ley de DC. _____

7. Si No

Autorizo la divulgación de información relacionada con la discapacidad psicológica o psiquiátrica, abuso de drogas, alcoholismo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), enfermedades de transmisión sexual, agresión sexual, los casos penales y fotografías.

8. La divulgación no autorizada de Información de salud mental viola las disposiciones de la Ley de Información del Distrito de Columbia de la Salud Mental de 1978 (la "Ley de Salud Mental"). La divulgación sólo se podrá hacer en virtud de una autorización expresa por escrito firmada por el paciente con lo dispuesto en la ley. Sanciones civiles y penales pueden ser evaluados por violación. En virtud de la Ley de Salud Mental usted tiene el derecho a inspeccionar su información de salud mental.

9. Entiendo que después de que se da a conocer mi información de salud protegida, puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad.

10. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que podría negarme a firmarla. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, recibir pago o para ser elegible para los beneficios a menos que lo permita la ley. Usted tiene el derecho de revocar esta autorización sólo por escrito al Health Information Management en el Hospital Providence. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción se haya adoptado o lo requiera la ley.

11. Entiendo que puede haber un cargo para obtener mis registros médicos.

Firma del paciente o representante autorizado del paciente

Fecha/Hora

Escriba el nombre del representante y parentesco con el paciente

* Providence incluye Carroll Manor, Seton House, Ft. Lincoln Family Medical Center, Perry Family Health Center y Providence Health Services.