**Eastern Shore Rural Health System, Inc.
Autorización para la revelación de información/obtención de registros médicos**

|  |
| --- |
| **Información solicitada para:**  |
| Nombre del paciente: |  | Fecha de nacimiento (día/mes/año): |  |
| Nombre anterior:  |  |  | N.º de expediente médico: |  |
| Dirección:  |  | Ciudad: |  | Estado: |  | Código postal: |  |
| Teléfono de contacto durante el día: |  | Email: |  |
| **Por la presente autorizo a a revelar mi información médica protegida a** |
| **Nombre**  | **Nombre**  |
| **Dirección**  | **Dirección**  |
| **Ciudad, estado y código postal**  | **Ciudad, estado y código postal**  |
| **Teléfono**  | **Teléfono**  |
| **Fax**  | **Fax**  |
| **Información que se revelará**  | **Fechas solicitadas (año a año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| [ ]  Comunicación verbal [ ]  Resumen de alta [ ]  Registros de emergencias  | [ ]  Informes de progreso de exámenes [ ]  Historial médico y examen físico [ ]  Registros de vacunación  | [ ]  Informes de laboratorio/radiografías [ ]  Registros de medicamentos [ ]  Otra [ ]  Dental \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Autorizo específicamente la revelación de información sobre:**  |
| [ ]  Consumo de sustancias/Tratamiento por consumo de sustancias (incluyendo alcohol/drogas)[ ]  Tratamiento de salud mental/conductual[ ]  Información sobre el VIH (p. ej., pruebas relacionadas con el sida) |
| * Entiendo que mis registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, si los hubiera, están protegidos por las reglamentaciones federales que rigen la confidencialidad y los registros de pacientes por abuso de drogas, 42 C.F.R. parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (“HIPAA”), 45 C.F.R., partes 160 y 164, y no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito a menos que las reglamentaciones, otra ley aplicable o una orden de un tribunal lo exijan.
 |
| **Propósito de la revelación: Las copias enviadas a centros para atención continua son gratis.**  |
| [ ]  Transferencia de la atención[ ]  Consulta[ ]  Coordinación de la atención[ ]  Discapacidad | [ ]  Escolares/académicos[ ]  Legales (especifique): **\*\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Acceso personal (especifique): **\*\*** [ ]  Copia [ ]  Inspección [ ]  Resumen[ ]  Otros (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\*\*** **Se pueden aplicar cargos**. Antes de la revelación, se hablará sobre los cargos con el solicitante. |
| **Método de entrega de registros: Por determinar en función del número de páginas y las capacidades electrónicas.** |
| **Comprensión del paciente:**  |
| * Certifico que soy mayor de 18 años o que soy el representante legal (p. ej., padre, tutor legal, custodio legal, curador, tutor *ad litem*, apoderado en virtud de un poder notarial o albacea del difunto) del beneficiario del servicio, excepto en circunstancias en las que tengo consentimiento médico para los servicios designados por la ley estatal o federal (es decir, consumo de sustancias, tratamiento de salud mental, tratamiento de enfermedades de transmisión sexual).
* Entiendo que los registros que autorizo revelar pueden incluir información sobre servicios de planificación familiar y enfermedades contagiosas. También entiendo que, al autorizar la revelación de registros, es posible que se incluya información limitada sobre el consumo de sustancias o diagnósticos y tratamientos de salud conductual en el registro.
* Entiendo que esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma y que puedo revocar esta autorización mediante notificación escrita firmada por mí, y que no afectará ninguna información revelada antes de la notificación escrita de revocación.
 |
| **Firma del paciente/representante legal:** |  | **Fecha:** |  |
| **Relación con el paciente:**  |  |
| **Registros recibidos por:**  |  | [ ]  **ID verificada** | **Fecha:** |  |