



AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social (últimos 4 dígitos): XXX - XX - _____ Número de contacto principal: _____

Dirección de envío del paciente: _____

Por el presente medio, solicito acceso a mis expedientes en poder de: _____
[Nombre del hospital/clínica/consultorio médico de NMMC]

Propósito de la divulgación: atención médica continua o otro (especificar): _____

Información Protegida de Saluda divulgar (revise la información a continuación): Fechas de servicio: _____

- Expediente clínico completo
 - Informe de intervención quirúrgica/procedimiento
 - Notas de progreso clínico
 - Otro: _____
 - Historial médico y exploración física
 - Resultados de laboratorio
 - Registro de sala de emergencias
 - Resumen de alta
 - Informes de radiología
 - Imágenes
 - Informe de visita de valoración
 - Imágenes de radiología
 - Muestras de patología*
- *Tenga en cuenta lo siguiente: El Departamento de Administración de Información de Salud no se hace responsable por las muestras de patología. Para obtenerlas, envíe una solicitud al departamento donde se realizaron sus pruebas.

Comprendo que, en la información divulgada de acuerdo con esta solicitud, se puede incluir información relacionada con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS, por sus siglas en inglés); antecedentes de abuso de drogas o alcohol o su tratamiento; la salud mental o del comportamiento o la atención psiquiátrica.

Formulario y formato de la divulgación:

Comprendo que tengo el derecho de recibir mi información de salud en el formulario y formato de mi preferencia, en la medida en que esta se mantenga en formato electrónico y NMHS sea capaz de cumplir con la solicitud. Además, comprendo que puedo solicitar que mi información se envíe a través de un correo electrónico no encriptado o a mi cuenta de correo electrónico no protegida. Al elegir ese tipo de formato, acepto el riesgo de que otra persona pueda acceder a mi información o leerla.

Formulario y formato preferidos:

- Papel [predeterminado]
- Correo electrónico protegido
- Unidad de USB/CD protegida con contraseña
- Correo electrónico no protegido*
- Portal del paciente - Clínica | Hospital
- Otro: _____

*Al seleccionar un correo electrónico no protegido, entiendo y acepto que mi información de salud protegida está sujeta a ser interceptada durante su envío, leída, copiada o reenviada por cualquier persona.

Persona designada para recibir los expedientes: Usted o un representante autorizado

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EL DESTINATARIO: (Nombre completo, dirección y número de teléfono): (Dirección de correo electrónico):	PARA USO EN OFICINA: Marcado/documentado por el miembro del personal de HM: Iniciales: _____ [Solicitud original del paciente, realizada en un formulario alternativo (ver información adjunta)]
--	---

AVISO PARA EL PACIENTE: Usted o su representante autorizado puede inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se utilizará o divulgará según lo permita la ley estatal o federal, de acuerdo con las políticas de NMMC. Se cobrarán las copias. El programa de tarifas está disponible a solicitud.

Autorizo la divulgación de la información de salud, como se describió anteriormente.

Firma del paciente o del representante personal calificado* _____
Fecha

*Si la firma es de un representante personal calificado, se debe completar lo siguiente:

Nombre en letra de imprenta del representante personal calificado: _____

Autoridad legal para actuar en representación del paciente: _____
[Ejemplo: paciente, tutor legal, albacea testamentario]

Comprendo que, para revocar esta autorización, puedo firmar un formulario de Revocación de la Autorización y entregárselo a NMMC. Para solicitar un formulario de Revocación de la Autorización, puedo comunicarme a la siguiente dirección:
North Mississippi Medical Centers and Clinics 830 S. Gloster St. Tupelo, MS 38801 A/A: Custodio de los expedientes

Comprendo que, si revoco esta autorización, mi revocación no tendrá ningún efecto en las acciones que NMMC realizó en virtud de mi autorización antes de recibir la revocación. Comprendo que NMMC no supeditará mi tratamiento o pago por los servicios de atención médica a que yo complete y firme esta autorización. Comprendo que la organización autorizada para recibir la información también puede divulgar mi información de salud y que esta puede no estar protegida por los reglamentos federales de privacidad.

Esta autorización **expirará en 30 días** a menos que se especifique lo contrario, de la siguiente manera: _____ (fecha/suceso específicos).
Iniciales del pacient _____

