

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR/OBTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NOMBRE: _____ N.º DE EXPEDIENTE MÉDICO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N.º DE SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCIÓN: _____

I. ENTREGA GENERAL Autorizo a: _____ (proveedor/establecimiento) a:

entregar a: _____ obtener de: _____

Dirección: _____

Las fechas/los tipos de información que se entregarán son (especifique los expedientes completos, informes, como análisis de laboratorio, Y fechas).

Razón por la que se entregan _____

II. ENTREGA ESPECIAL

Específicamente, autorizo la entrega de: Expediente de salud mental Iniciales _____
 Expediente de abuso de sustancias Iniciales _____
 Información sobre VIH/SIDA Iniciales _____

Firma del paciente o representante _____ Fecha _____

Relación del representante con el paciente _____ Testigo _____

Esta información le ha sido revelada a partir de expedientes protegidos por las normas de confidencialidad federal (Título 42, Parte 2 del CFR). Las normas federales le prohíben cualquier revelación posterior de esta información, a menos que dicha revelación esté expresamente permitida en el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o que esté permitida por el Título 42, Parte 2 del CFR. Una autorización general que permita la entrega de información médica u otra información NO es suficiente para este fin. Las normas federales limitan todo uso de información destinado a investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que haya abusado de alcohol o drogas.

Véanse también el Capítulo 228 y el Capítulo 141A del Código de Iowa y otras leyes aplicables. **En caso de revelarse información de salud mental, acuso recibo de una copia de esta Autorización.**

COMUNICACIONES CONFIDENCIALES ALTERNATIVAS: (atañen a la entrega general y especial)

Autorizo el envío de mi información médica por FAX para tratamientos. Iniciales _____
 Autorizo el intercambio de la información que figura arriba entre estos proveedores/establecimientos. Iniciales _____
 Autorizo la entrega de información por parte de otros establecimientos incluidos en mi expediente. Iniciales _____

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo cancelar este consentimiento de entrega de información en cualquier momento enviando un aviso por escrito al Departamento de Información Médica. Comprendo que toda entrega hecha antes de mi cancelación y de acuerdo a esta autorización no constituirá una violación de mis derechos a la confidencialidad. Revelar esta información implica que puede haber revelaciones futuras no autorizadas y, una vez que la información se revela, puede dejar de estar protegida por las regulaciones de privacidad federal. Comprendo que, como paciente, tengo el derecho a acceder a mis registros durante la internación y después de recibir el alta. Las copias de los registros pueden obtenerse avisando con anticipación razonable y pagando el costo de fotocopias. Comprendo que Mercy Medical Center-North Iowa y las clínicas y los hospitales asociados no necesariamente exijan que complete este formulario como requisito para recibir tratamiento. Sin embargo, cuando se presten servicios con el único fin de crear un informe clínico (información médica protegida) para un tercero, oponerse a firmar puede hacer que se denieguen dichos servicios. Esta autorización vencerá en esta fecha, este caso o esta condición _____. **De no especificar, la autorización vencerá en doce (12) meses.** Una copia de esta autorización firmada tendrá la misma validez que la original.

Firma del paciente o representante _____

Fecha _____

Relación del representante con el paciente _____

Testigo _____

Identificación verificada por: _____ La información se enviará por correo se enviará se recogerá por fax

Fecha en que se completó: _____ Iniciales: _____