AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

☐ Por favor procesar esta autorización ahora. ☐ Por favor mantener esta autorización en archivo para posible divulgación a futuro.

YO AUTORIZO: ☐ Madison Memorial Hospital ☐ Madison Surgery Center ☐ Madison Memorial Rexburg Medical Clinic
☐ Madison Memorial Orthopedics ☐ Seasons Medical by Madison Memorial ☐ _____

A DIVULGAR: _____

_____
Dirección Ciudad Estado Código Postal Número de Fax

El siguiente tipo(s) de información según esta autorización:

☐ **Cualquier información sobre la salud del paciente, la atención médica, o el pago durante el período en cuestión.**

☐ **Sólo los siguientes expedientes de salud del período en cuestión:**

☐ Historia y Físico	☐ Último Consumo por Boca	☐ Reportes de Radiología	☐ TODOS
☐ Apuntes de Enfermeras	☐ Informe de Operación	☐ Imágenes de Radiología	
☐ Informe de Patología	☐ Resumen de Alta	☐ Electrocardiograma	
☐ Apuntes de Progreso del Médico	☐ Órdenes del Médico	☐ Informes de Laboratorio	
☐ Registros de la Sala de Emergencia	☐ Informe de Consulta	☐ Notas de Oficina	

☐ **Registros de facturación y pago por atención prestada durante el período en cuestión.**

☐ **Otro:** _____

Registros o información relacionada a el siguiente periodo de tiempo:

☐ La atención de salud del paciente en cualquier momento.

☐ La atención de salud del paciente entre *(fecha)* _____ y *(fecha)* _____

PROPÓSITO o NECESIDAD DE LOS REGISTROS:

☐ Personal	☐ Tratamiento/Continuación de Atención Médica
☐ Seguro	☐ Solicitud de Incapacidad
☐ Legal/Abogado/Orden Judicial	☐ Otro (especificar)_____

FORMATO **Me gustaría recibir mis copias de lo marcado arriba en el siguiente formato:**

☐ Formato en papel (Correo de EE.UU.)	☐ CD (sólo MMH)	☐ Fax (solo para proveedor de cuidados a la salud)
☐ Formato en papel (a recoger)	☐ Solo para Revisión	☐ Email_____

INFORMACIÓN DE ACCESO DEL PACIENTE:

- Referiré mis preguntas sobre tratamiento, prognosis u otras cuestiones clínicas, a mi médico.

REGISTROS DE NATURALEZA SENSIBLE: La persona que firma esta autorización autoriza expresamente a Madison Surgery Center de revelar información (diagnóstico/tratamiento) en relación con condiciones de comportamiento/salud mental (excluyendo notas de psicoterapia), drogas, alcohol o abuso de drogas, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades transmisibles, e información de marcadores genéticos.

Yo puedo revocar mi autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la extensión en que una acción ya haya sido tomada para cumplir con la misma. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley proporciona a mi asegurador el derecho de disputar una demanda bajo mi póliza. A menos que sea revocada de otro modo, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si yo no especifico una fecha, evento o condición de expiración, esta autorización expirará un año después de la fecha de esta autorización. No necesito firmar este documento para asegurar mi tratamiento. Entiendo que después de que se revele información médica confidencial a otros, la información médica confidencial podría ser divulgada a individuos u organizaciones que estén sujetas a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico y podría ya no estar protegida por la HIPAA.

_____ _____
Firma del Paciente o de su Representante Legal Fecha

_____ _____
Si firmado por el Representante Legal, declare su relación legal con el paciente y razón por la que le representa. Firma del Testigo

Facility Use Only: ☐ Authorizer's ID Verified | ☐ ID of 3rd Party Receiving Records Verified | Completed by: _____

Records requested from: _____ Phone: _____ Fax: _____

Address: _____ City _____ State _____ Zip _____

Date released:_____ / _____ / _____ ☐ **Info already released** ☐ **Needs to be released** ☐ **Copy of ROI to Patient**