



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE	APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO DE SOLTERA/OTRO(S) NOMBRE(S)		REGISTRO MÉDICO DE METROHEALTH N.º		
	DOMICILIO ACTUAL				CIUDAD			ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aa)		N.º SEGURO SOCIAL		TELÉFONO ()			CORREO ELECTRÓNICO			
2. MOTIVO NECESARIO	ESPECIFIQUE EL PROPÓSITO DE SU SOLICITUD:										
	<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO MÉDICO		<input type="checkbox"/> PERSONAL		<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD		<input type="checkbox"/> OTRO: (especifique) _____		<input type="checkbox"/> SEGURO		<input type="checkbox"/> LEGAL
3. INFORMACIÓN NECESARIA	INFORMACIÓN QUE DEBE REVELARSE DE (marque según corresponda):										
	<input type="checkbox"/> THE METROHEALTH SYSTEM		<input type="checkbox"/> METROHEALTH RECOVERY RESOURCES			<input type="checkbox"/> SPRY		<input type="checkbox"/> OTRO: (describa) _____			
4. MEDIDAS A TOMAR	INFORMACIÓN QUE DEBE REVELARSE (marque todas las que correspondan):										
	<input type="checkbox"/> Visitas al consultorio		<input type="checkbox"/> Resumen del alta		<input type="checkbox"/> Laboratorios de tratamiento de abuso de sustancias		<input type="checkbox"/> Informes del Depto. de Emergencias		<input type="checkbox"/> Informe operatorio		<input type="checkbox"/> Notas de progreso de abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas (laboratorios, patología, radiología)		<input type="checkbox"/> Consultas		<input type="checkbox"/> Todos los informes enumerados		<input type="checkbox"/> Informes cardíacos		<input type="checkbox"/> Informes de terapia física/ocupacional		<input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico	
<input type="checkbox"/> Imágenes de rayos X		<input type="checkbox"/> Otro: (describa) _____									
4. MEDIDAS A TOMAR	DIVULGAR INFORMACIÓN A:										
	NOMBRE DEL DESTINATARIO										
	DIRECCIÓN				CIUDAD/ESTADO				CÓDIGO POSTAL		
	TELÉFONO ()				FAX ()						
	LA INFORMACIÓN DEBE SER ENTREGADA EN (seleccione una):										
<input type="checkbox"/> Publicación en MyChart		<input type="checkbox"/> Disco compacto (CD)		<input type="checkbox"/> Entrega electrónica segura (si es electrónica, proporcionar el correo electrónico del destinatario)		<input type="checkbox"/> Fax		<input type="checkbox"/> Enviar a la dirección anterior		<input type="checkbox"/> Retirado por: _____ (Se requiere identificación para el retiro)	
<input type="checkbox"/> Formato impreso											

Yo, el abajo firmante, autorizo a The MetroHealth System a divulgar información de salud, según se indicó anteriormente. Entiendo y reconozco que la información de salud solicitada puede contener información sobre enfermedades físicas y mentales, resultados o diagnóstico de pruebas de VIH, tratamiento de SIDA/afecciones relacionadas con el SIDA o abuso de alcohol/sustancias.

Esta autorización y consentimiento caducarán en un año a partir de la fecha de autorización escrita a continuación, a menos que sea revocada por mí (o mi representante legal) mediante un aviso por escrito presentado a la Administración de Información de Salud (ver información de contacto a continuación). Cualquier revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no depende de si firmo o no esta autorización.

(continúa al dorso)

Una vez que se divulga mi información de salud, el destinatario puede volver a divulgar mi información y podría ya no estar protegida bajo la ley. Se le puede cobrar al destinatario de mi información médica por el servicio de divulgación de información médica según el Código Revisado de Ohio 3701.741. No hay ningún cargo por enviar registros directamente a mi proveedor de atención médica para la continuidad de la atención médica.

Si la Autorización no está completa, firmada y fechada, puede devolverse y resultar en que mi información no se divulgue hasta que se complete.

Firma del paciente/representante personal del paciente**

Nombre en letra imprenta

Fecha de la firma

Relación, si no es el paciente

***Si no es la firma del paciente, una copia de la documentación legal que verifica al representante personal del paciente **DEBE** acompañar la solicitud (por ejemplo, tutor designado por el tribunal, poder notarial duradero para la atención médica) Excepción: padre/madre que firma por un paciente menor de dieciocho años.*

***Para un paciente fallecido, una entrada u orden judicial que designe a un fiduciario, ejecutante o administrador, o las cartas de nombramiento recibidas del Tribunal Testamentario deben acompañar una autorización firmada por la persona designada. Si el patrimonio hereditario no ha sido legalizado, se requiere que se presente un certificado de defunción con los documentos que nombren al administrador o ejecutante del patrimonio hereditario.*

****Para pacientes que reciben tratamiento de servicios por adicciones: MetroHealth proporciona esta declaración con cada divulgación realizada con su consentimiento:** "Se le ha revelado la presente información de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad. Las reglas federales prohíben que usted haga más divulgaciones de esta información a menos que se otorgue el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o que se permita según la regla 42 C.F.R. apartado 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de información para investigar o procesar judicialmente todo abuso de alcohol o sustancias del paciente."

Enviar autorización completa a uno de los siguientes:

1. The MetroHealth System
Health Information Management Department – G-108
2500 MetroHealth Dr.
Cleveland, Ohio 44109
2. Fax: (216) 778-2413
3. Se pueden encontrar formularios de autorización adicionales y el programa de tarifas de Ohio para copias de registros médicos en:
<https://www.metrohealth.org/requesting-copies-of-medical-records> o llame a Divulgación de información al (216) 778-4252