

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO DE SOLTERA/O TRO(S) NOMBRE(S)	N.º DE REGISTRO MÉDICO DE METROHEALTH	
	DOMICILIO ACTUAL		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aa)	N.º DE 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) _____					
3. INFORMACIÓN NECESARIA	INFORMACIÓN QUE DEBE REVELARSE (marque todas las que correspondan):					
	<input type="checkbox"/> Visitas al consultorio <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Informes del Depto. de Emergencias <input type="checkbox"/> Informe operatorio <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas (laboratorios, patología, radiología) <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Informes de medicina física y rehabilitación <input type="checkbox"/> Informes cardíacos <input type="checkbox"/> Informes de terapia física/ocupacional <input type="checkbox"/> Historial clínico 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"/> Recogido por: _____ (Se requiere identificación para recoger) <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.

(continuar en la página de atrás)

(continuación de la portada)

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 y la ley federal según corresponda. 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 cartas de nombramiento recibidas del Tribunal Testamentario deben acompañar una autorización firmada por la persona designada. Si el patrimonio no ha sido legalizado, se requiere que se presente un certificado de defunción con los documentos que nombren al administrador o ejecutante del patrimonio.*

****Para los registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias que están protegidos por la parte 2, MetroHealth proporciona esta declaración con cada divulgación realizada con su consentimiento:** "42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros". Este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que el programa de la parte 2 u otro poseedor legal de la información de identificación del paciente al que se le permite hacer la divulgación ya ha actuado basándose en él.

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. Correo electrónico: ReleaseofInformation@metrohealth.org
3. Fax: (216) 778-2413
4. 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