NORTHEASTERN NEVADA REGIONAL HOSPITAL

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

☐ **AUTORIZACIÓN** ☐ **REQUISICIÓN** *(Marque uno)*

SECCION A: Debe ser completada por el paciente.

Nombre del paciente:	No. de historia clínica:	No. de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:

Establecimiento que hace la divulgación	Nombre del Establecimiento:			
	Dirección:			
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Numero de Teléfono:
Persona o establecimiento que solicita la divulgación:	Nombre del Solicitante:			
	Dirección:			
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Numero de Teléfono:

Fecha(s) de servicio: _____ al _____

Liste la Descripción Específica de la Información por ser Divulgada:

☐ Anestesia	☐ Informe de alta	☐ Reportes / Imágenes	☐ Órdenes Médicas	☐ Expediente Completo
☐ Reg. de Facturación	☐ EKG's	☐ Laboratorio	☐ Reg. Ambulatorios	☐ Otros: _____
☐ UB04	☐ Emergencias	☐ Reg. de Medicación	☐ Reportes de Patología	☐ _____
☐ Facturas	☐ Caratula	☐ Reg. de Enfermería	☐ Notas de Progreso	☐ _____
☐ Consultas	☐ Historia Medica	☐ Reportes Cirug / Progreso	☐ Contabilidad de divulgaciones	☐ _____

¿Quieres que el Hospital / Clínica divulge sus notas de psicoterapia (si existen) a la persona o institución que haya mencionado anteriormente?
☐ Yes ☐ No

Describa el propósito / razón para esta solicitud: _____

SECCIÓN B: Debe ser completada por el paciente para todas las autorizaciones:

El paciente o representante del paciente debe leer / reconocer las siguientes declaraciones:

1. Yo entiendo que las personas aqui autorizadas a usar/divulgar información no pondran como condición, en el tratamiento o pago, mi suministración de esta autorización.
2. Yo entiendo que esta autorización expira _____/_____/_____. ***(Si no hay fecha escrita, esta autorización expirará un año después de que haya sido recibida por el hospital.)***
3. Yo entiendo que la información usada o divulgada a una entidad distinta a un plan de salud o proveedor de atención médica puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no están protegidos por el "Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information", como se indica en 45 CFR160 and 164.
4. Yo entiendo que yo puedo anular esta autorización en cualquier momento notificando al hospital por escrito, salvo en la medida en que ya se ha realizado de acuerdo al periodo de autorización previa.
5. Yo entiendo que puedo ver la información descrita en esta forma si asi lo quisiera y entiendo que yo voy a recibir una copia de esta forma después de que la firme.
6. Entiendo que si mis registros contienen información confidencial, puede ser necesario que esta instalación tenga que obtener el acuerdo de mi médico sobre el uso o divulgación de mis registros.
7. Yo entiendo que yo puedo rehusar firmar esta autorización y al asi hacerlo, entiendo que el rechazo a firmar esta autorización no afectará mi tratamiento.

DOB:
ADMIT:
ATT:
MR #:

HSV:
AGE: SEX:
ROOM/BED /
#:
PAT #:

Por la presente autorizo el uso o divulgación de mi información médica personal de la manera aqui descrita. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria.

FOR OFFICE USE ONLY

Verified: ☐ Yes ☐ No By: _____

License No: _____ SS No: _____

Signature: ☐ Yes ☐ No

_____ _____

Firma del paciente o representante legal Fecha / Hora

_____

Si firma el representante, escribir nombre en letra de molde

_____

Motivo por el cual el representante tiene autoridad para actuar en nombre del paciente

_____ _____

Firma del Testigo Fecha / Hora

DOB:
ADMIT:
ATT:
MR #:

HSV:
AGE: SEX:
ROOM/BED /
#:
PAT #: