



**Autorización para la divulgación de información médica/  
Authorization for Disclosure of Health Information**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Anterior (si corresponde): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ MRN (si se conoce): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Departamento/Unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Autorizo la divulgación de información médica del paciente antes mencionado de:**

Shepherd Center  Otro centro: \_\_\_\_\_

Dirección del otro centro: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:**  Continuidad de la atención  Legal  Seguro  Personal

Otro: \_\_\_\_\_

**DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN:**

**Especifique la persona o centro que autoriza para recibir su información médica:**

Persona/Centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fax (solo para la continuidad de la atención): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Formato de documento:  Correo Electrónico  CD  Papel

**DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:**

**Fechas de servicio solicitadas:** \_\_\_\_\_ **to** \_\_\_\_\_

**Visitas al hospital (y/o) visitas ambulatorias**

**Informes de diagnóstico**

**Imágenes radiológicas**

<input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos <input type="checkbox"/> Órdenes de los médicos <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Facturas detalladas <input type="checkbox"/> Evaluaciones de terapia: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla <input type="checkbox"/> Notas de terapia: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla <input type="checkbox"/> Evaluación de manejo <input type="checkbox"/> Evaluación de silla de ruedas Otro: _____	<input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de ECG <input type="checkbox"/> Informe de deglución de bario Otro: _____	(Editado en CD) <input type="checkbox"/> Todas las imágenes <input type="checkbox"/> imagen por resonancia magnética <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Radiografía <input type="checkbox"/> Ultrasonido Otro: _____
---	--	--



- Resumen (resumen del alta, historia clínica y física, nota de evaluación de la terapia, consultas, resultados de diagnóstico y análisis de laboratorio)
- Historia clínica completa **con** notas del personal de enfermería (**no incluye** CD de radiología ni facturación)
- Historia clínica completa **sin** notas del personal de enfermería (**no incluye** CD de radiología ni facturación)

Otro: \_\_\_\_\_

**Categorías especiales de registros:** Ciertos registros relacionados con información sobre trastornos por abuso de sustancias, salud mental y VIH/SIDA cuentan con protecciones especiales y requieren que especifique si la información debe incluirse en esta divulgación.

- Informe de neuropsicología
- Notas de psicoterapia\*
- Registros de trastornos por uso de sustancias
- Información sobre VIH/SIDA
- Otro: \_\_\_\_\_

**\* Se requiere una autorización separada para las notas de psicoterapia y no se puede combinar con una solicitud de otros tipos de expedientes.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario de autorización, comprendo que:**

- Las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.
- Excepto en la medida en que Shepherd Center u otro titular legal de la información ya haya confiado en esta autorización, entiendo que tengo derecho a revocarla en cualquier momento enviando un aviso por escrito a Shepherd Center, Departamento de Administración de Información Médica, a la dirección que se indica a continuación.
- Esta autorización expirará (seleccione **una** opción a continuación):
  - Una vez cumplida.
  - Dentro de los \_\_\_\_\_ días siguientes a la fecha de la firma.
  - Al final de mi relación de tratamiento con Shepherd Center.
  - Otro: \_\_\_\_\_
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información divulgada no esté protegida por las normas federales sobre confidencialidad.
- Shepherd Center no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a que firme esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Paciente  representante autorizado\*\*\* Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*\*\*Junto con esta autorización, deberá proporcionar un comprobante por parte de un representante autorizado.

- Paciente 18+ e incapacitado (no puede firmar): Directivas anticipadas de GA  poder notarial de atención médica  cartas de tutela/curatela  alguna otra evidencia de autoridad bajo la ley de GA para actuar como representante del paciente para fines de esta solicitud.
- Si el paciente ha fallecido, proporcione las Cartas de albacea.
  - Si un abogado de compensación para trabajadores solicita registros, proporcione un formulario de autorización de compensación para trabajadores GA WC207 o similar de otro estado.

**ENVIAR AUTORIZACIÓN:** Correo electrónico: [roi@shepherd.org](mailto:roi@shepherd.org) O Fax: 404-350-7772 O Correo postal (consulte la dirección a continuación)