



Autorización para la divulgación de información de salud de conformidad con HIPAA

Sección 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)		Número de registro médico (MRN)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
APELLIDO:	NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	
Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente al anterior):			
Dirección postal y apt.#		Ciudad y Estado	Código postal
Número de teléfono:		Correo electrónico (opcional)	

Sección 2.a. Yo, o mi Representante autorizado, autorizo la divulgación de mi información médica DE:

Todas las ubicaciones del Montefiore Medical Center donde recibió atención (todos los hospitales y todas las clínicas) *(si no es así, marque todas las que correspondan)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Montefiore Medical Center
111 East 210th Street, Bronx, NY 10467 | <input type="checkbox"/> Montefiore Westchester Square
2475 St. Raymond Ave., Bronx, NY 10461 |
| <input type="checkbox"/> Children's Hospital at Montefiore
3415 Bainbridge Avenue, Bronx, NY 10467 | <input type="checkbox"/> Montefiore Hutchinson Campus
1230 Water Place, Bronx, NY 10461 |
| <input type="checkbox"/> Montefiore Wakefield Campus
600 East 233rd street, Bronx, NY 10466 | <input type="checkbox"/> Montefiore Einstein Center for Children's Mental Health
1300 Water Place, Bronx, NY 10461 |
| <input type="checkbox"/> Jack D. Weiler Hospital
1825 Eastchester Road, Bronx, NY 10461 | |
| <input type="checkbox"/> Clínica u oficina de proveedor de Montefiore (escriba el nombre de la clínica/proveedor y la dirección) _____ | |

Sección 2.b. Yo, o mi Representante autorizado, autorizo la divulgación de mi información médica A (marque solo UNA):

- Yo mismo:** si el nombre y la dirección son los **mismos** que en la sección 1, marque esta casilla y pase a la sección 3
- Otro:** escriba el nombre y la dirección de la Persona/Entidad a la que se enviará esta información: _____

Sección 3. REGISTROS MÉDICOS A DIVULGAR

(Los registros médicos que contengan cualquier tipo de información especial protegida también deben ser firmados por el paciente si este es menor de edad y tiene 12 años o más.)

Sección 3.a. FECHAS DE SERVICIO (REQUERIDO): desde _____ / _____ / _____ hasta _____ / _____ / _____

Sección 3.b. LEA ATENTAMENTE: debe **marcar solo una** de las tres opciones a continuación:

- Opción 1: **TODO EL REGISTRO MÉDICO**
- Opción 2: **RESUMEN DEL REGISTRO MÉDICO**
- Opción 3: **SOLO INFORMACIÓN ESPECÍFICA** y luego marque todas las casillas que correspondan dentro de esa sección.

Opción 1: TODO EL REGISTRO MÉDICO

Incluye **TODAS** las notas, resultados de pruebas, informes radiológicos y cualquier otra documentación relativa a los servicios y tratamientos recibidos en el departamento de emergencias, ingresos hospitalarios, cirugía ambulatoria o visitas a la clínica.

Excluye las notas de psicoterapia e imágenes

- Marque aquí si desea obtener copias de las imágenes como parte de todo el registro**

Opción 2: RESUMEN DEL REGISTRO MÉDICO

Puede contener lo siguiente, según corresponda a su ingreso hospitalario:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------|
| Historia y examen físico | Resumen de alta |
| Consultas | Notas de urgencias |
| Informe operativo | Resultados de laboratorio |
| Informes de patología | Informes de radiología |
| Informes de pruebas de diagnóstico | |

Opción 3: INFORMACIÓN ESPECÍFICA Nota: si selecciona la Opción 1 o 2, **no** marque ninguna casilla en esta sección

REGISTROS/NOTAS (marque todos los que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registro de emergencias | <input type="checkbox"/> Registro de ingreso hospitalario |
| <input type="checkbox"/> Registro de cirugía ambulatoria | <input type="checkbox"/> Visita a la clínica |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Notas de consulta |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informe operativo |
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunación | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Resumen posterior a la visita | <input type="checkbox"/> Registros de fisioterapia |
| <input type="checkbox"/> Registros de terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Terapia del habla |
| <input type="checkbox"/> Factura detallada | <input type="checkbox"/> Otras notas: _____ |

INFORME/IMÁGENES (marque todos los que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de patología |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiograma/ECG | <input type="checkbox"/> Pruebas de la función pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Informes de cateterismo cardíaco | <input type="checkbox"/> Informes de radiología (rayos X) |
| <input type="checkbox"/> Informes cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Informes de ultrasonido |
| <input type="checkbox"/> Otros informes: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Imágenes de cateterismo cardíaco | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología (rayos X) |
| <input type="checkbox"/> Imágenes cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Imágenes de ultrasonido |
| <input type="checkbox"/> Otras imágenes: _____ | |

Sección 3.c ESPECIFIQUE SI DEBE INCLUIRSE INFORMACIÓN ESPECIAL PROTEGIDA: ESCRIBA SUS INICIALES para TODO lo que corresponda:

(los registros indicados a continuación **NO** se divulgarán mediante esta autorización a menos que coloque su inicial en la línea correspondiente)

- | | |
|---|---|
| _____ Información relacionada con el VIH/SIDA | _____ Información sobre pruebas genéticas |
| _____ Tratamiento contra el alcohol / drogas | _____ Información de salud mental (excepto notas de psicoterapia) |
| _____ Otros: _____ | |

