



Fecha de recepción en la clínica/centro

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
1250 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: _____ | |

