

ESKENAZI HEALTH  
720 Eskenazi Ave., Indianápolis, Indiana

8/18

**AUTORIZACIÓN PARA LA TOMA Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

COMPLETE CADA SECCIÓN, DE LO CONTRARIO, ESTE FORMULARIO LE SERÁ DEVUELTO PARA QUE LO COMPLETE ADECUADAMENTE.

**Información de paciente:**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del N.º de Seg. Soc.: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono diurno: \_\_\_\_\_

**Tipo de divulgación:**

Ejemplares impresos de la información       Revisión de la información in situ       Autorización verbal que le permite al equipo discutir el tratamiento

**Emisor y Receptor:** Autorizo la divulgación de la información médica (según lo indicado). Por favor, complete la dirección de correo.

**De:** Nombre \_\_\_\_\_ **Divulgar a:** Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Información a revelar:**

Fecha del servicio desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
 El Registro de Salud completo (los expedientes incluirán **TODOS** los tipos de registros mencionados a continuación **incluso** los de la Sección de Autorización Especial, salvo que se indique lo contrario.       Informe(s) de Patología       Registros de pacientes ambulatorios       Consultas  
 Registros de pacientes hospitalizados       Reportes de Radiología (radiografías, tomografías       Sala de Emergencias       Copias de placas/Imágenes  
 Resumen del alta hospitalaria       computarizadas, resonancias magnéticas)       Informe(s) de Laboratorio       Vacunas  
 Historial y Examen Físico       Electrocardiograma (ECG)       Anotaciones clínicas  
 Informe(s) Quirúrgico(s)       Farmacia

**Sección de autorización especial:** Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) y la Ley Estatal (IC 16-39-2) protegen la siguiente información. Si esta información le corresponde, por favor marque "NO" si NO quiere que se divulgue esta información (incluya fechas cuando corresponda):

Diagnóstico, derivación y tratamiento contra el alcoholismo/abuso de sustancias\*       Sí       No      Enfermedades de transmisión sexual       Sí       No  
Enfermedades transmisibles (incluye VIH/SIDA y su tratamiento)       Sí       No      Prueba genética       Sí       No  
Tratamiento de la salud mental o expedientes de asesoramiento       Sí       No  
\*La Ley Federal/42 CFR Parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.       Sí       No

**El propósito de la divulgación:** ¿Por qué es necesaria?

Continuidad/Traslado de la Asistencia Médica       Elegibilidad/Facturación del seguro\*       Legal/Litigios\*       Solicitud de la persona\*       Otra \_\_\_\_\_

\*Se pueden cobrar tarifas según la Regla Federal 45 C.F.R. §164.524 y la Ley de Indiana.

**Fechas del servicio:**

Entiendo que Eskenazi Health puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, a menos que la divulgación se haya dado de buena fe y en cumplimiento con esta autorización. Eskenazi Health no condicionará el tratamiento, el ingreso a nómina o la elegibilidad de beneficios para obtener la firma de esta autorización, a menos que se permita según las normas de la ley HIPAA. Acepto que se me puede aplicar un cargo por obtener una copia de los registros que he solicitado. Entiendo que la información usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por la ley federal o estatal. Salvo que se revoque, esta autorización caducará en la siguiente fecha, circunstancia o cuadro médico: \_\_\_\_\_. En caso de omitir la fecha de caducidad, una circunstancia o un cuadro médico, esta autorización quedará sin efecto en 60 días.

**Instrucciones para la divulgación:** ¿Cómo y cuándo desea esta información?

Su información médica protegida le será proporcionada en formato impreso. Si desea que esta información se le proporcione de forma electrónica y segura, debe escribir sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_. Recibirá la documentación en formato PDF.

Marque el formato electrónico de su preferencia:       CD/DVD       Correo electrónico       Portal del paciente

Los registros de correo electrónico deben enviarse a: \_\_\_\_\_

Al escribir mis iniciales aquí, entiendo que el **correo electrónico decodificado** o los medios de almacenamiento decodificados (por ej., CD, DVD, etc.) no se consideran medios de comunicación confidenciales. Se me ha ofrecido un método seguro para recibir mis registros médicos y he decidido recibirlos sin que estén codificados. Renuncio a cualquier derecho que pueda tener contra Eskenazi Health, cualquier organización asociada, médico o proveedor por cualquier información que se haya visto comprometida a causa de fallas técnicas y/o cualquier incumplimiento involuntario del acuerdo de confidencialidad.

Entiendo que esta divulgación se refiere a aquellos registros cuya confidencialidad está protegida por las Regulaciones Federales (42 CFR Parte 2) o la Ley Estatal (IC16-39-2) sobre hospitalizaciones, tratamiento o derivaciones, incluyendo, pero sin limitarse a la información sobre tratamiento y servicios contra el alcohol y/o abuso de sustancias, enfermedades transmisibles, VIH y/o SIDA, o tratamiento para la salud mental o asesoramiento. Mi firma a continuación indica que he leído y comprendido este formulario, he recibido una copia, y autorizo la divulgación de mi información como fue mencionado anteriormente.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del paciente \_\_\_\_\_  
Si el paciente no está en capacidad de firmar, deberá obtener el consentimiento del representante legal e indicar el motivo. Se deberá adjuntar el comprobante de la designación al registro médico o, en su defecto, enviarse junto con el formulario de solicitud. Firma del representante legal y parentesco con el paciente \_\_\_\_\_  
Razón \_\_\_\_\_  
Firma del testigo \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo del departamento**

Emitido por: \_\_\_\_\_

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



1058S1 DE 1

Blanco--Personal/Institución a quién se divulgará la información  
Amarillo – Paciente  
CON-79

Divulgación de información  
N.º de formulario EH200075