

Historia clínica N.º: _____
 Nombre del paciente: _____ Teléfono: _____
 Dirección (calle, ciudad/estado, código postal): _____
 Fecha de nacimiento: _____ N.º del SS (últimos 4 dígitos): _____

1. Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica protegida por parte de:

Nombre del establecimiento de atención médica: _____

Dirección (calle, ciudad/estado, código postal): _____

2. La información se divulgará a:

Nombre de la organización/persona: _____

Dirección (calle, ciudad/estado, código postal): _____

3. Motivo por el cual se solicita la información:

Continuación de la atención Seguro Asuntos legales Personal Otro: _____

4. Método de divulgación:

Enviar por correo postal Recoger MyChart/Other (portal electrónico) Otro: _____

5. Formato solicitado:

Papel CD (para la historia clínica electrónica, si está disponible) MyChart/Other (portal electrónico)

6. Costos correspondientes: Se le enviará una factura con los costos por las copias que correspondan (solo en efectivo o giro) antes de la divulgación de las historias clínicas. Los costos deben recibirse antes de la divulgación de las historias clínicas.

7. Tipo de información que se divulgará: Comprendo que esta autorización incluye la divulgación de **todas** las historias clínicas y demás información respecto de mi tratamiento, hospitalización y/o la atención ambulatoria de mi afección, **incluidos los trastornos psicológicos o psiquiátricos, la droga dependencia y/o el alcoholismo, o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); o los análisis para detectar la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).**

8. Período de atención médica que comprende la divulgación:

Fecha(s) específica(s): _____ a _____

9. Tipo de información de mi(s) historia(s) clínica(s) que se divulgará:

a) Historia clínica completa (todas las páginas); **o**

b) Historia clínica que corresponda (incluye informes dictados por médicos/resultados de los análisis); **o**

c) Solo los siguientes tipos de información: **(marque los que correspondan)**

Antecedentes y examen físico

Informe de patología

Informe de la sala

Informe de la consulta

Resultados de análisis clínicos

de emergencias

Resumen del alta

ECG

Registros de vacunación

Informe de cirugía

Radiología

Registros de facturación

Otros documentos médicos (especificar): _____

Gestión de información médica
(Health Information Management)

**Autorización para divulgar
información médica protegida
(Authorization to Release
Protected Health Information)**

NON-STOCK NS3301 (6/16/17) Page 1 of 2



FOR OFFICE USE ONLY

ID Checked Yes No _____ Fee Explained Yes No

Amount Paid _____ Receipt # _____

Mail Pick up

Initials _____

Continúa al dorso

