

**La autorización para divulgar Información de Salud
(Authorization to Disclose Health Information)**

Nombre del paciente: _____

Fecha del Nacimiento: _____

Autorizo el uso o la revelación de la información de salud de individuo notado encima como descrito abajo.

1. El tipo y la cantidad de información para ser utilizados o para ser revelada es así: (Incluyalas fechas donde apropiado).

☐ La historia y el resumen del consulto físico (H&P) ☐ Notas de clínica
☐ El resumen de descarga del hospital (Discharge Summary)
☐ Resumen de consultas (Consultation Reports)
☐ Notas de enfermera (Nursing Notes)
☐ Resultados de laboratorio de (la fecha) ____ a (la fecha) ____
☐ Resultados de radiografía y imágenes de (la fecha) ____ a (la fecha) ____ (X-ray & imaging)
☐ Registro entero (Entire record)
☐ Patología: Bloquea Diapositiva Reportes (Pathology : Blocks Slides Report)
☐ Otro: _____

2. Entiendo que la información en mi registro de la salud puede incluir información sobre enfermedad de transmisión sexual, Síndrome Adquirido De Inmunodeficiencia (SIDA), o el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Puede incluir información acerca de servicios de sanidad, o mentales, y acerca del tratamiento para el alcohol y el abuso de drogas.

3. Esta información puede ser revelada y utilizado por el individuo o la organización siguientes:

Dirección: _____

Para el propósito de: _____

4. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco la autorización que debo hacer así en escritura y presentar mi revocación escrita al Departamento de Historiales Médicos. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya ha sido revelada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguros. La ley federal proporciona a mi seguro con el derecho de refutar un reclamo bajo mi plan. A menos que de otro modo revocara, esta autorización se expira en la fecha siguiente, en el acontecimiento, o en la condición:

Si fallo de especificar un acontecimiento de vencimiento o condición, esta autorización expirará en seis meses.

5. Entiendo que al autorizar el divulgar de estas informaciones de la salud es voluntario. Entiendo que cualquier revelación de información lleva consigo el potencial para otras revelaciones no autorizadas y la información no puede ser protegido por reglas de confidencialidad. Si tengo cualquier pregunta acerca de la revelación de mi información de la salud, yo puedo contactar al Oficial de discreción de UBMC en (435) 722-4691 ext. 377.

FOR UBMC USE ONLY

Medical Record # _____

ID: _____

of Copies: _____

Amt. Billed: _____

Firma de Paciente o Representativa Legal

Fecha

La Relación al Paciente

Testigo