

**Haywood Regional Medical Center**  
**AUTORIZACIÓN/REQUISICIÓN** (circule uno)  
**PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

For Office Use Only:	
Verified:	Yes / No
By:	_____
D.Lic #:	_____
SS #:	_____
Signature:	Yes/No

**SECCIÓN A: (Esta sección para ser completada por el paciente)**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ No. de Identificación de la historia clínica: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Liste la información específica autorizada para su divulgación:**

**Fechas de Servicio/Encuentro para ser divulgadas:**

- |                                    |  |  |  |  |                                   |
|------------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anestesia | <input type="checkbox"/> Consultas                     | <input type="checkbox"/> Informe de Alta     | <input type="checkbox"/> EKG's             | <input type="checkbox"/> Emergencia          | <input type="checkbox"/> Carátula |
| <input type="checkbox"/> Historia  | <input type="checkbox"/> Reportes de Imágenes          | <input type="checkbox"/> Laboratorio         | <input type="checkbox"/> Medicación        | <input type="checkbox"/> Enfermería          | <input type="checkbox"/> Cirugía  |
| <input type="checkbox"/> Ordenes   | <input type="checkbox"/> Ambulatorio                   | <input type="checkbox"/> Patología           | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Reg. de facturación | <input type="checkbox"/> UB04     |
| <input type="checkbox"/> Facturas  | <input type="checkbox"/> Contabilidad de divulgaciones | <input type="checkbox"/> Expediente complete | <input type="checkbox"/> Otros             | <input type="checkbox"/> _____               | <input type="checkbox"/> _____    |

**Nombre del destinatario:** Escriba el nombre/dirección/ciudad/estado/código postal y número de teléfono de la persona o lugar a la cual se le va a divulgar la información: \_\_\_\_\_

**Describa el propósito / razón para esta solicitud:**

**SECCIÓN B: (El paciente debe leer y completar información en esta sección)**

Por la presente autorizo **[enter facility/practice name]** usar/divulgar mi información médica personal de la manera descrita en esta autorización.

**¿Quieres que el Hospital / Clínica divulge sus notas de psicoterapia (si existen) a la persona o institución que haya mencionado anteriormente? Circule Uno: Si No (iniciales aqui)**

- Yo entiendo que las personas aquí autorizadas a usar/divulgar información no pondrán como condición, en el tratamiento o pago, mi suminsitración de esta autorización y que el rechazo a firmar esta autorización no afectará mi tratamiento.
- Yo entiendo que la información usada o divulgada a una entidad distinta a un plan de salud o proveedor de atención médica puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no están protegidos por el "Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information", como se indica en 45 CFR160 and 164.
- Yo entiendo que esta autorización expira \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. (Si no hay fecha escrita, esta autorización expirará un año después de que haya sido recibida por el hospital.)
- Yo entiendo que yo puedo anular esta autorización en cualquier momento al notificar **[enter facility/practice name]** por escrito, salvo en la medida en que ya se ha realizado de acuerdo al período de autorización previa.
- Yo entiendo que si mi expediente contiene información sensible pueda yo necesitar que mi médico autorize el uso o divulgación de la misma.
- Yo entiendo que tengo el derecho de ver esta información descrita en esta forma si yo pido verla y entiendo que puedo pedir una copia de esta forma después de que la firme.

**Firma del Paciente o Representante del Paciente**

- Si no es firmada por el paciente, por favor indicar su relación:
- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Padre/madre o tutor del paciente menor de edad | <input type="checkbox"/> Guardián o protector del paciente incompetente | <input type="checkbox"/> Beneficiario o representante del paciente fallecido |
|---|---|--|

**Fecha**