



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Marque desde dónde se divulgan los registros:

<input type="checkbox"/> OrthoNebraska Hospital 2808 South 143 rd Plaza Omaha, NE 68144 Fax (402) 609-2121 Teléfono (402) 609-2100	<input type="checkbox"/> OrthoNebraska Clinic 2725 South 144 th Street STE 212 Omaha, NE 68144 Fax (402) 609-2174 Teléfono (402) 609-2150	<input type="checkbox"/> Rheumatology Clinic 2727 South 144 th Street STE 240 Omaha, NE 68144 Fax (402) 609-2121 Teléfono (402) 609-2100	<input type="checkbox"/> Otro centro/proveedor Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____
Propósito de la divulgación:			
<input type="checkbox"/> Atención continua	<input type="checkbox"/> Solicitud del paciente	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Reclamo/Beneficios del Seguro Social
<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Otro _____		

Por la presente, autorizo al(a los) centro(s) marcado(s) anteriormente a divulgar la siguiente información de los registros de:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono diurno donde se le puede localizar: _____

Información que se divulgará:

La información será divulgada a:

_____ (Nombre del proveedor, otra persona u organización)

(Dirección) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal) _____

Formato de divulgación: Papel Otro _____ *Las imágenes de radiología se divulgarán en un CD por separado

Método de divulgación: Correo Otro _____

Fecha(s) del servicio cubierto: Del _____ Al _____

<p><u>HOSPITAL Información que se divulgará</u></p> <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Historial y examen físico <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología <input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia/terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Informe de emergencia <input type="checkbox"/> Otro _____	<p><u>CLÍNICA Información que se divulgará</u></p> <input type="checkbox"/> Notas clínicas del médico/Médico _____ <input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Registros de infusión <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> EMG <input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia/terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Otro _____
--	---

Información protegida por las leyes estatales y federales. Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información relacionada con servicios de salud mental o conductual, tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas, enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o servicios pagados por cuenta propia. Autorizo la divulgación de esta información a la parte mencionada anteriormente, a menos que esté específicamente excluida en la línea a continuación:

Exclusiones: _____

Esta autorización puede revocarse en cualquier momento antes de la divulgación de la información, y vence en la siguiente fecha, evento o condición: _____ **Si no se indica ninguna fecha de vencimiento o evento relacionado con la persona, entonces la autorización vencerá a los 12 meses de la fecha en que se firmó.** Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a OrthoNebraska Hospital o a OrthoNebraska Clinics a la(s) dirección(es) mencionada(s) anteriormente. Si revoco la autorización, esto no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de recibir la revocación. Entiendo que la persona/entidad que recibe la información descrita anteriormente puede no estar cubierta por las regulaciones federales de privacidad, y que la información puede volver a divulgarse públicamente y ya no estar protegida por esas regulaciones. Entiendo que OrthoNebraska y sus afiliados no condicionarán la evaluación o el tratamiento a si firmo o no esta autorización. Tarifas: Entiendo que las leyes federales y estatales permiten que se cobre una tarifa por la copia de registros médicos y seré responsable del pago de dichas tarifas.

Firma del paciente	Fecha
Firma del padre/madre, tutor legal o representante autorizado	Relación con el paciente
	Fecha

Completado por el personal de OrthoNebraska: Nombre _____ Fecha _____