

1. Por medio de la presente autorizo a Driscoll a divulgar información de los registros médicos de:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Número de Seguro Social: _____ Guardián: _____

Madre: _____ Padre: _____

2. La información que se publicará corresponde a la(s) fecha(s) de servicio desde (fecha): _____ **hasta** (fecha): _____**3. Médico tratante en Driscoll:** _____**4. La información se debe divulgar a** (nombre): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono(incluyendo el código de área): _____ Fax: _____

5. Propósito de la liberación (por favor, ponga sus iniciales): Abogado Servicios de protección infantil/ Consultorio médico/clínica Centro de Defensa de los Niños Cumplimiento de la ley Escuela/Guardería/(o servicios relacionados) Uso personal (pago por copias) Programa de conducta Otros (Especifique): _____**6. Tipo de información que se divulgará:**

- Historial médico completo - *NO MARQUE TODAS LAS CASILLAS SI SE NECESITA UN HISTORIAL MÉDICO COMPLETO*
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen del historial de salud | <input type="checkbox"/> Hoja de presentación | <input type="checkbox"/> Nota de la clínica ambulatoria |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Informe de consulta | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas psiquiátricas (consulte el formulario 1282) |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Expediente de examen médico forense | <input type="checkbox"/> Películas radiológicas |
| <input type="checkbox"/> Expediente del Departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> Informe operatorio e informe de patología | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos |
- Otros (especifique): _____

7. Plazo y derecho a revocar la autorización:

Excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización, puedo revocarla en cualquier momento enviando un aviso por escrito al custodio de registros del Driscoll Health System. A menos que se revoque, esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento (indique la fecha o el evento): _____ o 180 días a partir de la fecha de la firma.

8. Además autorizo que una fotocopia de este formulario de autorización sea totalmente aceptable como original.**9. El centro, sus empleados, funcionarios y médicos tratantes quedan exentos de toda responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.****10. Divulgación de registros sobre abuso de drogas y/o alcohol, y/o psiquiátricos, y/o de VIH/SIDA, y/o información genética:**

Entiendo que la información podría contener referencias o resultados de deterioro psicológico y/o psiquiátrico, abuso de sustancias, agresión sexual, abuso físico, pruebas de anticuerpos SIDA/ARC (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/Complejo Relacionado con el SIDA, Pruebas de Anticuerpos VIH) o información/pruebas genéticas.

11. Se requiere el pago por adelantado de las copias, excepto en el caso de una emergencia médica o continuidad de atención.**12. Entiendo que Driscoll Health System no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de los beneficios en función de que se complete este formulario de autorización.**

RE-DIVULGACIÓN: Esta información se le está divulgando a partir de registros confidenciales y la confidencialidad está protegida por la Ley Federal 42 C.F.R. Parte 2. Se le prohíbe realizar cualquier otra divulgación de información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita la ley. *Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito.*

Firma del paciente, tutor o representante autorizado

Fecha

Relación con el paciente

Teléfono

Testigo