



St. John's Medical Center
 Health Information Management
 P.O. Box 428
 Jackson, WY 83001
 (307) 739-7490 Fax # (307) 739-7585

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Nombre de la persona autorizada para recibir información		Número de teléfono
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Propósito de la divulgación: _____

Fecha del servicio: _____

Información que será divulgada		
<input type="checkbox"/> Expediente de emergencia	<input type="checkbox"/> Informe de laboratorio	<input type="checkbox"/> Registros de facturación
<input type="checkbox"/> Resumen de la dada de alta	<input type="checkbox"/> Informe de radiografías	<input type="checkbox"/> Todos los expedientes
<input type="checkbox"/> Historial y reconocimiento médico	<input type="checkbox"/> CD de radiografías	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Informe de patología	
<input type="checkbox"/> Informe operativo	<input type="checkbox"/> Informe cardiopulmonar	

Si la información que se divulgará contiene cualquiera de los tipos de expedientes o información indicada a continuación, puede que sean pertinentes leyes adicionales con respecto al uso y divulgación de la información. Entiendo y estoy de acuerdo que dicha información será divulgada si coloco las iniciales de mi nombre en el espacio correspondiente al lado del tipo de información que será incluida con la divulgación:

Enfermedad contagiosa VIH / SIDA Salud mental Drogas o alcohol

- Entiendo que si rehúso firmar esta autorización, ello no afectará mi habilidad de obtener servicios de atención médica o reembolsos por servicios, salvo que la autorización se requiera para enviar factura a la compañía de seguro del paciente.
- Tengo el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Si revoco mi autorización, la información descrita anteriormente ya no será usada o divulgada por las razones indicadas en esta autorización escrita. Cualquier uso o divulgación ya hecha con mi autorización no puede retraerse.
- Para revocar esta autorización, envíe una declaración escrita a la dirección en este documento e indique que está revocando esta autorización.
- Entiendo que la información usada o divulgada conforme a esta autorización podría estar sujeta a que sea divulgada otra vez y que ya no esté protegida bajo la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal y estatal podría restringir el volver a divulgar la prueba o información del resultado de VIH/ SIDA, información de salud mental y tratamiento por abuso del consumo de drogas / alcohol.

Salvo que sea revocada, esta autorización estará vigente hasta la siguiente (marque uno):

Fecha: _____ o bien Evento: _____

En cuyo momento esta autorización para usar o divulgar esta información protegida sobre la salud caducará. Se considerará inválida esta autorización después de un año o según fecha o evento determinado por el paciente. He leído y entiendo esta autorización.

Una fotocopia o copia de fax de esta autorización será válida como el original.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Representante autorizado legalmente _____ Fecha _____

Parentesco con el paciente _____

Presenciado _____ Fecha _____

USO ÚNICAMENTE POR HIM – AGREGUE INICIALES DE SU NOMBRE (HIM USE ONLY – PLEASE INITIAL)

Enviado por correo postal _____ Faxes _____ Fue obtenido en persona _____ Fecha: _____
 Mailed Faxes Picked up Date