Banner Health

AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

(Nombre y dirección del centro)

Yo autorizo a _____ para revelar la información siguiente del archivo médico de:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	_____ Nombre del Paciente	_____ Fecha de Nacimiento	_____ MR #
	_____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal	_____ Número de Teléfono	
	Fechas de Servicio: De _____	A _____	
INFORMACIÓN SOLICITADA	❑ Todos los documentos pertinentes ❑ Evaluación(es) ❑ Consultas ❑ Resumen del dar de alta ❑ Informe de la Sala de Emergencia ❑ Informe de EKG ❑ Historial y chequeo médico	❑ Informe quirúrgico ❑ Informe de patología ❑ Radiografías ❑ Informes de radiografías ❑ Todos los documentos médicos ❑ Archivo de cuentas ❑ Especifique:	**Documentos de cuidado en casa/hospicio** ❑ Evaluación de enfermería ❑ Plan de cuidado ❑ Evaluación de terapia ❑ Notas de visitas ❑ Extractos detallados de cuentas ❑ Especifique:
PROPÓSITO	❑ Mí mismo ❑ Cuidado médico de continuación ❑ Solicitud de abogado ❑ Otro (especifique razón): _____		
ENVIAR LA INFORMACIÓN A	_____ Compañía, Persona, Centro _____ Dirección Ciudad Estado Código Postal	_____ Número de teléfono	

Entiendo que la información en mi archivo médico puede incluir información relacionada con una Enfermedad de Transmisión Sexual, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras enfermedades transmisibles, el cuidado de la salud de conducta y el cuidado psiquiátrico, y el tratamiento del abuso de alcohol y/o drogas; mi firma autoriza la revelación de cualquier información semejante.

Puedo rehusar firmar este formulario de autorización. Entiendo que Banner Health System no ni condicionará ni negará el tratamiento a base de mi firma en esta autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se haya tomado acción basada en esta autorización. El Aviso de las Prácticas de Privacidad de Banner Health System explica el proceso para la revocación, la cual incluye una solicitud por escrito.

A menos que revoco esta autorización más temprano, **vencerá 6 meses de la fecha firmada** o como se especifica: _____.

Entiendo que, si se revela esta información a una tercera persona, la información ya quizás no sea protegida por las regulaciones estatales y federales y pueda ser revelada por la persona o la organización que recibe la información.

Eximo a BHS, sus empleados y agentes, personal médico y asociados de cualquier responsabilidad legal o civil por la revelación de la información antedicha hasta el punto indicado y autorizado en esto.

_____ Firma del paciente

_____ Fecha

_____ Firma del representante legal

_____ Parentesco al paciente **o** Descripción de la autoridad para actuar por el paciente

Para el uso del cuidado médico sólo

Date Received: _____ Date Sent:_____ Processor:_____