



Autorización para el uso y divulgación de información médica

ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Núm. de teléfono: _____

Persona de contacto (si es diferente del paciente): _____ Núm. de teléfono de contacto: _____

Autorizo a Luminis Health a divulgar mis registros médicos, como se especifica a continuación:

Marque a qué centro solicita los registros

- Anne Arundel Medical Center Doctor's Community Medical Center
 Luminis Health Clinical Enterprises (indique a continuación la práctica de la que solicita registros)

Información que se va a divulgar:

Resumen (datos demográficos del paciente, resumen de alta, historial y físico, nota de operación/procedimiento, laboratorio, radiología y patología)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informe operativo | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Informe del departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Resumen de transferencia |
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> Informe de procedimiento | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |

Marque la casilla si la información debe incluir:

- Salud reproductiva Salud mental

Para la(s) fecha(s) de servicio del: _____ al _____

Finalidad de la solicitud:

- Uso personal Atención continuada

Medida solicitada (marque una opción):

- Proporcionar una copia de mi información médica para mí: Divulgar mi información médica a:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Número de fax (no podemos llamar antes de enviar un fax): _____

Opciones de entrega:

- Correo (a la dirección anterior)
 Fax (al número anterior)
 Entrega personal
(se contactará al paciente al número de teléfono que figura arriba cuando los registros estén listos para ser retirados)



8 5 2 1 4



Autorización para el uso y divulgación de información médica

ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Autorización para la divulgación general de información:

Entiendo que:

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.
- Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de Administración de información médica.
- La revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley les otorgue el derecho de impugnar un reclamo que yo presente en virtud de mi póliza.
- Esta autorización solo es válida durante 12 meses a partir de la fecha de firma y solo estará vigente para las consultas que hayan ocurrido antes de la fecha de autorización.
- La autorización de la divulgación de esta información médica es voluntaria.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y no necesito firmar este formulario para garantizar la prestación del tratamiento.
- Puedo inspeccionar o recibir copias de la información que se usará o divulgará, según lo dispuesto en el Código de Reglamentos Federales (45 CFR 164.524).
- Cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el diagnóstico o tratamiento para pruebas de VIH, drogas y alcohol o de una afección psiquiátrica.

Para preguntas sobre la divulgación de información médica, comuníquese con Administración de información médica al 443-481-4137.

Firma del paciente solamente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Si usted NO es el paciente pero está firmando en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Yo, _____, soy (marque la opción aplicable):

- Padre (los derechos a los registros médicos no han sido restringidos por orden judicial)
- Tutor nombrado por un tribunal
- Agente de atención médica designado legalmente
- Tomador de decisiones sustituto
- Titular de un poder notarial de atención médica
- Poder notarial con derecho a ver historiales médicos
- Representante personal del difunto nombrado por un tribunal

Usted DEBE adjuntar una prueba de su capacidad legal para actuar en nombre del paciente según indicó anteriormente.

Firma del representante: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Envíe este formulario de autorización completado y firmado a Administración de información médica por correo, fax o en persona a:

Anne Arundel Medical Center
 Health Information Management
 2001 Medical Parkway
 North Tower, 1st Floor
 Annapolis, MD 21401
 Fax: 443-481-4111

O

Doctor's Community Medical Center
 Health Information Management
 8118 Good Luck Road
 Lanham, MD 20706
 Fax: 301-552-8018



8 5 2 1 4