

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)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Resumen de alta | ☐ Informe operativo | ☐ Imágenes de radiología |
| ☐ Informe del departamento de Emergencias | ☐ Informes de patología | ☐ Resumen de transferencia |
| ☐ ECG | ☐ Informe de procedimiento | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Informes de laboratorio | ☐ Informes de radiología | ☐ 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): _____

Dirección de correo electrónico: _____

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)
☐ Dirección de correo electrónico (a la dirección indicada arriba)





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 | ☐ Titular de un poder notarial de atención médica |
| ☐ Agente de atención médica designado legalmente | ☐ Poder notarial con derecho a ver historiales médicos |
| ☐ Tomador de decisiones sustituto | ☐ 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 S