

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Número del Registro Médico: _____

Por medio de la presente autorizo al Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Nuevo México (*UNM Health Sciences Center*) a divulgar la información contenida en mi expediente, en cualquiera de las siguientes instituciones.

- Hospital de la Universidad (*University Hospital*)
- Centro de Salud Mental (*Mental Health Center*)
- Hospital Carrie Tingley (*Carrie Tingley Hospital*)
- Hospital Infantil de Psiquiatría (*Children's Psychiatric Hospital*)
- Centro de Investigación y Tratamiento del Cáncer (*Cancer Research & Treatment Center*)
- Centro de Cuidados Ambulatorios (*Ambulatory Care Center*)
- Otra _____

A: Nombre: _____

Dirección: _____

Con el fin de: _____

Información que será divulgada:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> contenido completo de sus expedientes médicos | <input type="checkbox"/> anotaciones del progreso |
| <input type="checkbox"/> expedientes escolares | <input type="checkbox"/> historial médico y examen físico |
| <input type="checkbox"/> pruebas de laboratorio | <input type="checkbox"/> evaluaciones psicológicas |
| <input type="checkbox"/> evaluación inicial | <input type="checkbox"/> reportes de radiología |
| <input type="checkbox"/> evaluaciones de fisioterapia | <input type="checkbox"/> reportes de consultas |
| <input type="checkbox"/> reportes de patología | <input type="checkbox"/> evaluación del habla y el lenguaje |
| <input type="checkbox"/> reportes quirúrgicos | <input type="checkbox"/> expediente de la sala de emergencia y del paciente ambulatorio. |
| <input type="checkbox"/> terapia ocupacional | |
| <input type="checkbox"/> resumen del alta | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____ | |

Que cubra los períodos de cuidados de la salud: desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____
desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____

Doy mi autorización para que se divulgue:

- sí no Síndrome de InmunoDeficiencia Adquirida (SIDA - *AIDS*) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (*VIH - HIV*) u otras enfermedades de transmisión sexual _____ Iniciales
- sí no servicios de salud del comportamiento y atención psiquiátrica _____ Iniciales
- sí no tratamiento por abuso del alcohol y/o drogas _____ Iniciales
- sí no resultados de pruebas genéticas e información relacionada _____ Iniciales

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.

Entiendo que si revoco esta autorización debo de hacerlo por escrito y presentar esta revocación escrita al Departamento Administrativo de Información de la Salud (*Health Information Management Department*).

Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha dado a conocer en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de oponerse a una reclamación bajo mi póliza.

Esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento, o condición: _____ a menos que haya sido revocada. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización se vencerá en seis meses a partir de la fecha en que se firmó.

Entiendo que una vez que la información arriba mencionada es divulgada, podrá ser divulgada nuevamente por quien la recibe y la información no podrá ser protegida por las leyes federales de la privacidad o por regulaciones.

Entiendo que la autorización para divulgar esta información de la salud es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar esta autorización. No es necesario que firme este formulario para obtener tratamiento para el cuidado de la salud.

(Firma, Paciente, o su representante legal) (Relación con el paciente) (Fecha)

(Firma del Testigo) (Fecha) (Uno de los padres, si es un paciente de *CPH/PFC* o del paciente, si es mayor de 14 años) (Fecha)