



PO Box 15645 * Las Vegas, NV 89114-5645 * Fax: (702) 667-4614
Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI)

Esta solicitud para OBTENER expedientes médicos será devuelta si no se completa en su totalidad.

Nombre del paciente: _____ Número del expediente médico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

1 POR EL PRESENTE AUTORIZO _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado, Código postal _____ Número de teléfono _____
Número de fax: _____

A DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DEL INDIVIDUO MENCIONADO ARRIBA TAL COMO SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN:

2 El tipo y cantidad de información que se usará o divulgará como sigue
Incluya fechas como corresponda: DESDE (fecha) _____ HASTA (fecha) _____
[] Todo el expediente, o: [] Lista de medicamentos [] Lista de vacunas [] Notas del proveedor
[] Resultados de análisis de laboratorio [] Informes de radiografías / absorciometría de rayos X de energía dual
[] Informes de cardiología [] Otros: _____

3 Si los hubiese, doy permiso para divulgar cualquier información sensible respecto a: (Ponga sus iniciales en las líneas correspondientes)
_____ Toxicomanía _____ Psiquiatría / Información de salud mental _____ Información de VIH
_____ Resultados de pruebas genéticas _____ Historial de abuso doméstico o abuso infantil _____ Comportamiento adictivo
_____ Enfermedades de transmisión sexual o comunicables

4 MOTIVO DE LA SOLICITUD: Obtención de atención médica
Entiendo que esta autorización de divulgación de información de salud es voluntaria. Me puedo negar a firmarla. No necesito firmar este formulario para asegurar tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información a usarse o divulgarse, tal como está dispuesto en CFR 164 524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo la posibilidad de una redivulgación no autorizada y la información no puede estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo ponerme en contacto con el Departamento de Administración de Información de Salud y obtener una copia de la notificación de privacidad.

Esta información será divulgada a: Southwest Medical Associates, Inc. No. de teléfono (702) 220-7669 SI INMEDIATA, POR FAVOR ENVIAR POR FAX A
P. O. Box 15645 No. de fax (702) 667-4614 Fax: _____
Las Vegas, NV 89114-5645
Por favor notifique (a SMA MD) cuando reciba el documento: _____

Firma del paciente: SIGN HERE _____ Fecha de la firma: _____

Firma del padre, tutor o representante personal (si es necesario) _____ Fecha de la firma: _____
(Si es el representante personal, adjunte la documentación sustentatoria)

5 Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar cualquier revocación escrita al Departamento de Administración de la Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, hecho o condición: _____

SI NO ESPECIFICO UNA FECHA DE VENCIMIENTO, HECHO O CONDICIÓN, ESTA AUTORIZACIÓN VENCERÁ A LOS SEIS MESES DE LA FECHA DE ESTA SOLICITUD.

RECUERDE: • Solicitar expedientes a nombre de nuestros pacientes para obtención de atención médica se hace como cortesía. No pagamos por expedientes solicitados de proveedores previos. Si se requiere pago, por favor obtenga directamente del paciente.
• Si es posible, envíe los expedientes solicitados en un CD, preferible en formato Adobe Acrobat.