



Instrucciones Para la Divulgación (Liberación) de Información

Con fines de proteger la privacidad de nuestros pacientes y para mantener la confidencialidad de su información personal de salud, debemos obtener una autorización válida, completa y legible para la divulgación (liberación) de registros médicos.

Deben completarse todas las secciones para que la autorización se considere válida.

Sección I – Información del Paciente:

- Nombre: Escriba el nombre legal completo del paciente en letra de molde (imprenta).
- Fecha de Nacimiento: El Mes, Día, y Año de Nacimiento.
- Dirección Postal del Paciente: Calle, Ciudad, Estado, Código postal del Paciente.
- Teléfono: Número de teléfono primario del paciente.
- Número de teléfono Alternativo: Número adicional de teléfono, si aplica.

Sección II – Divulgar (Liberar o Dar) Información a:

- Seleccione cómo desea usted que se entreguen sus registros médicos.
- Escriba en letra de molde (imprenta) el nombre de la persona u organización quien recibirá los registros médicos e incluya el domicilio completo con la ciudad, el estado, y el código postal. Por favor también incluya el número de teléfono si es disponible.
- Si la información se dirige a una organización, por favor incluya el nombre de la persona o el departamento a cuya atención los registros deben ser entregados.
- Si los registros deben entregarse electrónicamente, debe incluirse un número de fax o un correo electrónico.

Sección III – Propósito de la Solicitud:

- Marque la casilla que mejor explica el propósito de la solicitud.
- Si marcó la casilla Otro, por favor explique la razón por qué la marcó en el espacio proporcionado.

Sección IV – Información Para ser Divulgada (Liberada o Dada):

- Complete la aproximada fecha de servicio, si se conoce.
- Si se van a necesitar registros creados después de la fecha de la firma, necesita listar aquí hasta qué fecha. Si se indica que hasta la fecha “presente” o actual, solamente vamos a poder divulgar o proporcionar los registros médicos que se crearon en o antes de la fecha de la firma.
- Si se necesitan registros solo para un médico clínico u una clínica específicos, complete esa información.
- Marque la casilla junto al tipo(s) de registros médicos solicitados.
- Si marcó la casilla **Otro**, por favor escriba, en el espacio proporcionado, cuáles registros médicos necesita.
- Si se necesitan Rayos X además de los reports, especifique qué imágenes se necesitan en **Otro**.

Sección V - Autorización Para Divulgar (Liberar o Dar) Información Protegida:

- Si se necesita cualquier información enumerada aquí (listada aquí), debe poner sus iniciales al lado de cada una que necesita. Si faltan iniciales, no podremos divulgar o proporcionar esa información.

Firma:

- Revise la sección Atención para asegurar que las firma(s) correcta(s) están incluidas.
- Si firma un representante, se debe incluir el nombre y la relación en letra de molde (imprenta).
- Si aplica, adjunte copias de documentos legales que describen que el representante tiene derecho a firmar por el paciente.
- Se requiere una identificación emitida por el gobierno para verificar la firma.

Entregue su autorización completa al departamento de Divulgación de Información