

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ # Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social (optativo): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha(s) de la prestación: \_\_\_\_\_

Teléfono particular del paciente: : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
DURANTE EL DÍA POR LA NOCHE

**Autorizo a:** \_\_\_\_\_

**a revelar o entregar la siguiente información a:**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PERSONA, MÉDICO O AGENCIA QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN

\_\_\_\_\_  
(NÚMERO DE FAX DE LA CONSULTA MÉDICA)

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: CALLE Y NÚMERO

\_\_\_\_\_  
CIUDAD

\_\_\_\_\_  
ESTADO

\_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL

**Información a ser revelada o entregada:**

- |                                                      |                                                  |                                                                |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Expediente de la emergencia | <input type="checkbox"/> Informe de radiología   | <input type="checkbox"/> Información de facturación            |
| <input type="checkbox"/> Hoja de datos médicos       | <input type="checkbox"/> Notas de progreso       | <input type="checkbox"/> Expedientes del abuso de la sustancia |
| <input type="checkbox"/> Resumen de la descarga      | <input type="checkbox"/> Análisis clínicos / ECG | <input type="checkbox"/> Plan de salud (HH)                    |
| <input type="checkbox"/> Nota admisión psiquiátrica  | <input type="checkbox"/> Informe operativo       | <input type="checkbox"/> Expediente completo de salud          |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica     | <input type="checkbox"/> Ordenes médicas         | <input type="checkbox"/> Abstracto médico                      |
| <input type="checkbox"/> Consulta                    | <input type="checkbox"/> Otros _____             | <input type="checkbox"/> Radiografías/CD                       |

**Propósito:**

- |                                             |                                       |                                      |
|---------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seguimiento médico | <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Seguro      |
| <input type="checkbox"/> Abogado            | <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

**Se avisó al paciente sobre los costos:**  Si  No  N/A

**Prefiero retirar los Expedientes**  **Deseo revisar los Expedientes (con cita solamente)**

Comprendo que si la persona o agencia que recibe mi información no es un proveedor de cuidado de salud o un plan médico amparado bajo las normas de privacidad de HIPAA, la información descrita arriba puede ser revelada nuevamente y ya no quedaría protegida por estas normas.

Entiendo que una notificación escrita es necesaria para cancelar esta autorización la cuál puede ser dirigida al departamento citado en la parte superior de este formulario. Soy consciente de que mi cancelación no entrará en vigor respecto de la que ya se haya revelado con referencia a esta autorización.

Entiendo que el Sistema de salud "Inova Health System" no puede condicionar mi tratamiento basándose en mi decisión de firmar esta autorización.

Comprendo que esta revelación puede incluir información sobre abuso de drogas, alcoholismo o abuso de alcohol, enfermedades psiquiátricas o mentales, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o infección con VIH regulada por el Estatuto Federal (42 CFR Parte 2).

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE  
LA FECHA FIRMADA

\_\_\_\_\_  
FECHA (ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRARÁ 6 MESES DESPUÉS DE  
FIRMADA Y FECHADA)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE PERSONAL (SI ES APLICABLE)

\_\_\_\_\_  
PARENTESCO AL PACIENTE

**INOVA HEALTH SYSTEM**  
**AUTORIZACION PARA REVELAR O ENTREGAR**  
**INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (Spanish)**  
Authorization to Release/Disclose Protected Health Information