



★ Todos los ítems con un asterisco son campos OBLIGATORIOS.

No use para divulgar información de los servicios integrales para el tratamiento de adicciones (CATS)

A

★ Nombre del paciente _____ Número de expediente médico _____

★ Fecha de nacimiento del paciente _____ N.º del Seguro Social (4 últimos dígitos) _____

★ Número de teléfono de contacto _____ Correo electrónico de contacto _____

★ Dirección del paciente _____

Domicilio Ciudad Estado Código postal

B ★ Autorizo a Inova a que (marque una):

Divulgue la información indicada a: (Release the information indicated to)

Solicite la información indicada a: (Request the information indicated from) }

Nombre de la persona o entidad que recibe o a quien se divulga la información _____

Domicilio Ciudad Estado Código postal

N.º de teléfono _____ N.º de fax _____ Correo electrónico _____

C ★ Información que se divulgará:

Centro: _____

Todos los centros de Inova

Fechas de admisión/tratamiento solicitado: _____

(Marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Información sobre facturación.	<input type="checkbox"/> Antecedentes y evaluaciones físicas.	<input type="checkbox"/> Nota de admisión psiquiátrica.
<input type="checkbox"/> Expediente médico completo.	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio.	<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica.
<input type="checkbox"/> Consultas.	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos.	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología/CD.
<input type="checkbox"/> Resumen del alta médica.	<input type="checkbox"/> Informes de cirugía.	<input type="checkbox"/> Informes de radiología.
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma/ electroencefalograma.	<input type="checkbox"/> Informes de patología.	<input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Expedientes de la sala de emergencias.	<input type="checkbox"/> Órdenes médicas.	
	<input type="checkbox"/> Notas de progreso.	

<p>D ★ Finalidad (marque todas las que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Seguimiento médico.</p> <p><input type="checkbox"/> Representante legal.</p> <p><input type="checkbox"/> Uso personal.</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro.</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p>	<p>E ★ Entregar el expediente por el siguiente medio (marque uno):</p> <p><input type="checkbox"/> MyChart.</p> <p><input type="checkbox"/> Fax (25 páginas o menos).</p> <p><input type="checkbox"/> Medios electrónicos (CD).</p> <p><input type="checkbox"/> Correo postal – regular.</p> <p><input type="checkbox"/> Correo postal – entrega prioritaria. A petición, Gestión de información sobre la salud puede darle prioridad a la entrega del expediente. Se le facturarán los costos en los que se incurra.</p> <p><input type="checkbox"/> Revisión en persona. Debe programar una cita para la revisión.</p>	<p><input type="checkbox"/> Correo electrónico – codificado.</p> <p><input type="checkbox"/> Correo electrónico – sin codificar.</p> <p><input type="checkbox"/> Entrega en el sitio.</p>
---	---	---

F Entiendo que si la persona o agencia que recibe mi información no es un proveedor de atención médica ni es un plan médico cubierto por las regulaciones de privacidad de la Ley de transferibilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), la información descrita anteriormente podría ser divulgada más de una vez y deja de estar protegida por dichas regulaciones.

Entiendo que se requiere una notificación por escrito para cancelar esta autorización. Estoy al tanto de que mi cancelación no tendrá efecto sobre lo que ya haya sido divulgado en función de esta autorización.

Entiendo que esta divulgación incluiría información privada en mis expedientes que no requiere una autorización aparte conforme a las regulaciones federales o estatales.

Entiendo que todavía se me dará tratamiento si no firmo este formulario.

★ Paciente o representante autorizado (firma)
(Patient or Authorized Representative (signature))

★ Fecha/hora (la autorización se vencerá seis meses después de la fecha de firma) (Date/Time (Authorization will expire six months after date signed))

★ Paciente o representante autorizado (nombre en letra de imprenta)
(Patient or Authorized Representative (print name))

★ Parentesco con el paciente (especifique) Paciente o marque el cuadro "Paciente" si es el paciente)
(Relationship to Patient (specify, or check box if "self"))

Información sobre el intérprete para que el personal de Inova la complete (si corresponde)

Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable):

In person Telephonic Video Interpreter name/ID number (if applicable) _____

Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

Autorización para solicitar y divulgar información de salud protegida

Authorization to Request/Disclose Protected Health Information

SPANISH

+