| **Autorización para acceder a la historia clínica de:** |
| --- |
| Last/Apellido First/ Nombre Middle/Segundo nombre | Date of birth/Fecha de nacimiento |
| * Male/Masculino
 | * Female/Femenino
 | SS #/Nº de Seguro Social | Former Name/Nombre previo | Phone Number/Número de teléfono |
| **Solicitar información a (proveedores externos):** |
| Facility Name/Nombre de la institución: | Phone Number/Número de teléfono | Fax Number/Número de fax |
| Address/Dirección. City/Ciudad State/Estado Zip Code/Código postal |
| **Divulgar información a:** |
| Name/Nombre: |
| Telephone Number/Número de teléfono (incluir código de área) | Fax Number/Número de fax (incluir código de área) |
| Address/Dirección: City/Ciudad: State/Estado: Zip code/Código postal:  |
| Información a ser divulgada: |
| **Marque todas las opciones que correspondan:*** Historia clínica
* Anotaciones sobre su progreso y tratamiento
* Informes de radiografías y/o imágenes
* Resultados de laboratorio
* Inmunizaciones

All records from this date/Todas las entradas de su historia clínica a partir de la fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Mamografía
* Colonoscopía
* Atención prenatal
* Ultrasonido obstétrico
* Informes de patología

To this Date/Hasta la fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Declaraciones de facturación
* Prescripciones (historial farmacéutico)
* Other/Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Most recent record pertaining to/La entrada más reciente en su historia clínica referente a:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Doy permiso para divulgar las siguientes entradas de mi historia clínica (Inicie todas las que correspondan):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Resultados de pruebas, diagnósticos o registros de tratamiento de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual MCA 50-16-1000**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Información **sobre pruebas genéticas** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Registros **de abuso de alcohol y drogas (protegidos por la Regla de Confidencialidad Federal 42 CFR Parte 2)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Detalles **del diagnóstico y/o tratamiento de salud mental dado por un Consejero de Salud Mental Licenciado**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Detalles **del asesoramiento para víctimas de violencia doméstica**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Detalles del asesoramiento para víctimas de agresión sexual**Entiendo que toda la información de atención médica, ya sea generada por ustedes o por cualquier otra fuente, puede ser divulgada a mí o a la persona antes designada para tal propósito. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero entiendo que la revocación no afectará ninguna información que ya se haya divulgado. Este consentimiento es válido por seis (6) meses o hasta la fecha de vencimiento indicada en la autorización, lo que ocurra primero. Vencimiento.\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_. Una copia de este formulario es válida para dar mi permiso para liberar registros. MCA 50-16-531. One Health puede cobrar por dar copias de su historia clínica. MCA-50-16-816. |
| AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN: |
| Autorizo la siguiente divulgación de información de mi historia clínica. Entiendo que la información puede suministrarse verbalmente, por correo, fax o entrega personal. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para beneficios. Mis preguntas sobre este formulario de autorización fueron respondidas. |
| AUTHORIZED BY (SIGNATURE)/AUTORIZADO POR (FIRMA)  | DATE SIGNED/FECHA DE LA FIRMA | TELEPHONE NUMBER/NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYENDO CÓDIGO DE ÁREA) |
| PRINT NAME/NOMBRE EN LETRA DE MOLDE | WITNESS (SIGN AND PRINT NAME, IF APPLICABLE)/TESTIGO (FIRMA Y NOMBRE EN LETRA DE MOLDE, SI CORRESPONDE) |
| Si no soy la persona cuyos registros se están liberando. Estoy autorizado para firmar porque soy:* El padre/la madre
* El/a tutor(a) legal (adjuntar copia de la orden judicial)
* Otro(a)
 |

A quien reciba información en virtud de esta autorización: las leyes y regulaciones federales y estatales protegen la información que se le ha revelado. Usted no puede divulgarla a ninguna otra persona o entidad sin un consentimiento específico por escrito. Usted está sujeto a los mismos estándares y leyes de confidencialidad que el titular original de la historia clínica.

**Propósito:** utilice este formulario cuando desee que un servicio o programa de este centro pueda compartir información confidencial sobre usted con otra persona (incluyendo a un(a) abogado(a) o familiar). Puede utilizarlo para solicitar todas las entradas de su historia clínica que este centro tenga o puede limitar la autorización a las entradas que usted especifique. Cualquier servicio y todas las dependencias de este centro reconocerán el permiso otorgado por este formulario. Esta autorización también permitirá que este centro discuta verbalmente su caso con la persona que usted autorice. La mayoría de la información que este centro tiene sobre usted es confidencial y no se revelará a nadie más a menos que usted lo autorice.

**Uso de este formulario: debe completarse un formulario por cada persona cuya historia se solicite, incluidos los niños.** En las instrucciones, “usted” se refiere a la persona cuya historia se solicite.

**Partes del formulario:**

**IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA:**

* Name/Nombre: Indique su nombre completo o el nombre de la persona cuya historia se solicita si está autorizando la liberación de información sobre otra persona.
* Date of birth/Fecha de nacimiento: Incluya esta información necesaria para identificarte de personas con nombres similares.

**INFORMACIÓN OPCIONAL para ayudar a localizar la historia clínica:**

* **Número de Seguro social (SS#):** Puede incluir un número de seguro social que podría ayudar a localizar la historia clínica solicitada.
* **Nombres anteriores**: Incluya cualquier otro nombre que haya utilizado al recibir servicios.

**INFORMACIÓN SOLICITADA DE (proveedores externos):**

* Nombre del centro: Nombre de la clínica y médico que brinda servicios a los que solicita la historia clínica.
* Phone/Fax Number/Número de teléfono/fax: Proporcione los números de teléfono y/o fax del médico o clínica, incluyendo el código de área.
* Dirección incluyendo ciudad, estado y Código postal: Del médico o clínica.

**PERSONA QUE RECIBE LA HISTORIA:**

* Identificación: Por favor, llene esta información de la forma más completa posible para que podamos contactar a la persona o programa que tendrá acceso a la información.

**AUTORIZACIÓN:**

* Casillas de servicio: Seleccione la casilla adecuada que represente el tipo de entradas en su historia clínica que desea liberar.
* Información intercambiada: Indique todos los tipos de entradas en su historia clínica que desea liberar. Sin embargo, si los registros incluyen información sobre pruebas o tratamiento de VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual, pruebas genéticas, salud mental, o abuso de drogas y alcohol, debe poner sus iniciales en cada uno de estos puntos específicos para otorgar permiso de compartir esta información.
* Validez: Este formulario es válido para divulgar la información que este centro resguarda o la que obtenga dentro de los noventa días posteriores a la firma o hasta la fecha de vencimiento indicada en la autorización, lo que ocurra primero. Puede revocar la autorización para divulgar su historia clínica en cualquier momento, pero será demasiado tarde para recuperar información que ya se haya divulgado.
* Costo: La ley de divulgación pública en MCA 50-16-512 permite a este centro cobrar por copias de su historia clínica, bajo MCA 50-16-816 y CFR164.524.

**FIRMAS:**

* Autoridad: A continuación, firme y escriba también su nombre a máquina o en letra de molde. Indique la fecha en que firmó el formulario y su número de teléfono en caso de que el centro desee hacerle alguna pregunta. Si está firmando en nombre de otra persona, indique por qué puede hacerlo en la última línea y adjunte una copia de la orden judicial u otro documento que le otorgue esta autoridad. Los niños deben firmar para autorizar la divulgación de su propia historia clínica si tienen la edad legal para hacerlo (13 años de edad para servicios de salud mental y drogas y alcohol; 14 años de edad para información sobre VIH/SIDA u otras ETS). Las personas de 18 años de edad o más deben firmar para autorizar la divulgación de cualquier historia clínica. Si se requiere un testigo, esa persona debe firmar y escribir su nombre en el espacio marcado.

**NOTA AL INTERCAMBIAR INFORMACIÓN:**

Tenga en cuenta que la información divulgada está sujeta a las mismas protecciones de confidencialidad que tenía en este centro. Si desea que divulguemos información a alguien no mencionado en este formulario al momento de la firma, deberá completar otro formulario de divulgación.

| **AVISO PARA One Health:** Si alguna parte de los servicios de este centro envía copias de entradas de historias clínicas relativas a servicios de drogadicción o alcohol en virtud de esta divulgación, los servicios deberán incluir la siguiente declaración al divulgar información según lo requerido por 42 CFR 2.32:**“Esta información se le ha revelado a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales le prohíben realizar cualquier otra divulgación de esta información a menos que se le permita expresamente mediante consentimiento por escrito de la persona a la cual concierne o según lo permitido por la parte 2 del 42 CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por el abuso de alcohol o drogas”.** |
| --- |