

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA QUE
IDENTIFICA AL PACIENTE**

Autorización para divulgar información médica:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fechas del tratamiento: _____ N.º de historia clínica _____

1. Autorizo el uso o la divulgación de la información médica de la persona mencionada anteriormente como se describe a continuación.

2. La siguiente persona u organización está autorizada para hacer la divulgación:

Long Island Community Hospital
101 Hospital Road, Patchogue, NY 11772

3. Se podrá usar o divulgar la siguiente información: (incluir fechas donde corresponda)

- _____ resumen del alta médica
- _____ informes de consultas de (nombres de los médicos) _____
- _____ instrucciones del alta
- _____ EKG (electrocardiogramas)
- _____ historia clínica y examen físico
- _____ resultados de laboratorio desde (fecha) _____ al (fecha) _____
- _____ registros de medicamentos
- _____ informe operativo
- _____ informe de patologías
- _____ informes de rayos X e imágenes desde (fecha) _____ al (fecha) _____
- _____ el registro completo
- _____ registro de atención de las heridas
- _____ registro de atención primaria de Bellport
- _____ otro tipo de información _____

4. Entiendo que en mi historia clínica se puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También se puede incluir información sobre los servicios de salud mental o conductual y el tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

5. La siguiente persona u organización puede recibir y usar esta información:_____

Dirección:_____

Con el propósito de:_____

6. Entiendo que tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si decido cancelar esta autorización, debo hacerlo por escrito presentarlo al Departamento de Administración de Información de Salud. Entiendo que la cancelación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado de conformidad con esta autorización. Entiendo que la cancelación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue el derecho de impugnar una reclamación en mi póliza. A menos que sea cancelada, esta autorización expirará en la siguiente fecha, circunstancia o condición:_____.

Si no especifico una fecha, circunstancia o condición, esta autorización expirará en seis meses.

7. Entiendo que la autorización para la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es necesario firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo revisar o copiar la información que se va a usar o divulgar, según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información no puede ser protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con la Oficina de Cumplimiento al 631-687-2953.

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

Si firma el representante legal, relación con el paciente

Firma del testigo

For Internal Use Only

Fee for Records_____

Date Bill Mailed/Pt called_____

Patient Phone #_____

Alt. Phone #_____

Date/Time of Appointment_____

Appointment Verified_____

Date Doctor Called_____

Doctor's Reply_____