



**(AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION – SPANISH VERSION)  
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nº de historial clínico: \_\_\_\_\_

Por el presente documento autorizo al Long Island Community Hospital a divulgar la siguiente información de mi historial clínico:

Fechas de tratamiento que se solicitan: \_\_\_\_\_

- Resumen del historial clínico    Historial completo    Informe de alta
- Informe médico (entrevista clínica y exploración)
- Historial de urgencias    Informes cardiológicos
- Historial quirúrgico y de procedimientos (Si se aplica, incluir el nombre del proveedor del servicio) \_\_\_\_\_
- Historial de consultas (Si se aplica, incluir el nombre del proveedor del servicio) \_\_\_\_\_
- Informes patológicos    Resultados de laboratorio    Informes de radiología
- Historial de atención primaria en Bellport    Historial de cuidado de heridas
- Historial de hemodiálisis    Historial de asistencia domiciliaria/ cuidados paliativos
- Otros (por favor, especifique) \_\_\_\_\_

Entiendo que la información contenida en mi historial clínico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También podrá incluir información sobre servicios de atención psiquiátrica o de salud conductual, y tratamientos por abuso de alcohol y drogas.

Esta información podrá ser transmitida y usada por las siguientes personas u organizaciones:

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

Con el fin de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si firma el representante legal, indicar la relación con el paciente

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo y acepto que, en caso de querer revocar esta autorización debo presentar un escrito y presentarlo al Departamento de Gestión de la Información Médica (*Health Information Management Department*). Entiendo y acepto que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido transferida conforme a lo estipulado en esta autorización. Entiendo y acepto que la revocación no se aplicará a mi compañía aseguradora cuando la ley disponga que mi aseguradora tenga el derecho a impugnar una demanda según los términos de mi póliza. A menos que se revoque por otro motivo, esta autorización expirará en la siguiente fecha, supuesto o con la siguiente condición: \_\_\_\_\_. Si no se indica fecha de expiración, supuesto o condición, esta autorización expirará en seis meses. Entiendo y acepto que la divulgación de esta información médica es voluntaria. Tengo el poder de negarme a firmar esta autorización. No estoy obligado a firmar este formulario para poder obtener tratamiento. Entiendo y acepto que puedo ver o copiar la información que se va a usar o divulgar, conforme a la normativa CFR 164.524. Entiendo y acepto que cualquier divulgación de información puede conllevar la divulgación no autorizada por terceros ajenos a este contrato y que la información puede que no sea protegida por las leyes federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo contactar con la oficina de cumplimiento normativo en el teléfono 631-687-2953.