



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nº de expediente médico: \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo a Long Island Community Hospital a divulgar la siguiente información de mi expediente médico:

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

- Resumen (subconjunto de registros)       Registro completo       Resumen del alta
- Historial y examen físico
- 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 domiciliar/cuidados de hospicio
- Otros (especifique) \_\_\_\_\_

Entiendo que mi expediente médico 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: \_\_\_\_\_

Los registros se pueden recibir de la siguiente manera:     Copia impresa     CD

Descarga electrónica/Correo electrónico a: \_\_\_\_\_

Importante: El correo electrónico no es un método seguro de transmisión de su información de salud. Long Island Community Hospital no se responsabiliza por la privacidad de esta información enviada por correo electrónico a pedido suyo.

\_\_\_\_\_  
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 que, en caso de revocar esta autorización debo presentar un escrito al Departamento de Gestión de la Información Médica (Health Information Management Department). Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido transferida conforme a lo estipulado en esta autorización. Entiendo 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, evento o condición: \_\_\_\_\_ . Si no se indica fecha de expiración, evento o condición, esta autorización expirará en seis meses.

Entiendo 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 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 a la oficina de cumplimiento normativo, al teléfono 631-687-2953