



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º del archivo médico: _____

Telefono del paciente: _____

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la persona antes mencionada en MNA, según se describe a continuación.

- El tipo y la cantidad de información solicitada o a divulgar son los siguientes (marque todo lo que se solicita):

- | | | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lista de problemas | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Lista de alergias | <input type="checkbox"/> Registro de vacunación |
| <input type="checkbox"/> Historial y ex. fís. | <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Registros de hosp. | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Notas de la oficina | <input type="checkbox"/> Archivo completo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

- Fechas de los archivos solicitados: Desde la fecha: _____ Hasta la fecha: _____

- El propósito del uso o la divulgación solicitados es:
 Uso del paciente Coordinación de la atención Solicitud legal
 Otro: _____

Solicitud a: _____	Enviar a: _____
Nombre/clínica: _____	Nombre/clínica: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Fax: _____	Fax: _____
Telefono: _____	Telefono: _____

- Entregue/envíe mis archivos de la manera siguiente: _____
- Entiendo que mi archivo médico puede contener información relacionada con *enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH)*. También puede contener información sobre servicios de salud conductual o mental y sobre resultados de laboratorio o tratamiento del consumo de alcohol o de drogas. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación al director de Privacidad de MNA o a su representante. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en virtud de esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi empresa de seguro cuando las leyes confieren a esta el derecho de oponerse a una reclamación en virtud de mi póliza. A menos que se revoque, esta autorización caducará al arribo o acaecimiento de la fecha, el evento o la condición siguiente: _____
- Si no especifico una fecha, un evento o una condición de caducidad, esta autorización caducará en seis meses. Entiendo que la autorización de la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información a usar o divulgar, según se dispone en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de la información implica la posibilidad de una redivulgación no autorizada y que la información podría no estar protegida en virtud de las reglas de confidencialidad federales. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información de salud, puedo contactar al director de Privacidad de MNA llamando al 704-332-0396.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Si firma el representante legal: relación con el paciente