



Revelar a:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____

Revelar de parte de:

Proveedor/Instalacion medica: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Paciente o Identificación del Individuo:

Imprima Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Otro(s) Nombre(s) usado(s): _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Últimos 4 dígitos del Seguro Social #: _____ Número de Teléfono: _____

Propósito de Solicitud *(Debe seleccionar una):*

- Requerido por el paciente o Individuo
- Abogado/Legal
- Cobros/Pagos
- Tratamiento o Consulta
- Otro, *(especifique):* _____

Yo Requiero que mis Archivos sean proveídos: Electrónicamente a través de MyMercy.

- Papel *(copia impresa)*
- Electrónicamente vía correo electrónico*
- Electrónicamente vía CD*

Correo Electrónico: _____

** La Disponibilidad Electrónica está sujeta a la localidad y el tipo de los archivos. Los archivos de Cobros e Imágenes no se pueden proveer electrónicamente solo por correo o para recoger.*

Información a Revelar – Por los Periodos de Cuidado de Salud *(Debe seleccionar una):*

- Cualquiera y todos**
- Desde *(Fecha):* _____ Hasta *(Fecha):* _____

*** Incluye todos los archivos desde la fecha que el paciente o representate del paciente firme esta autorización.*

Por favor seleccione el tipo de información a revelar *(seleccione todos las que apliquen):*

- Record Medico Completo
- Consulta(s)
- Reporte(s) de Operación
- Orden(es) del Médico
- Historia / Exámenes Físicos
- Reporte(s) de Prueba(s) Diagnostica(s)
- Alergias del Paciente
- Nota(s) de evolución
- Resultado(s) de laboratorio
- Reporte(s) de ECG/Cardiología
- Reporte(s) de Patología
- Reporte(s) de Radiología/ Imagen(es)
- Record(s) de Emergencia
- Estado de Cobros Detallado
- Medicamento(s) del Paciente
- Plan(es) de Tratamiento
- Resumen de Alta
- Notas de las enfermeras
- Archivos de la Clínica
- Archivos de Terapia
- Abstract
- Otro, *(especifique):* _____

NOTA: *Este formulario NO PUEDE usar para revelar Notas de Psicoterapia*

Abuso de Droga y/o Alcohol, y/o Psiquiatría, y Enfermedades Transmisibles/No-Transmisibles

Yo entiendo que si mi archivo medico o archivo de cobro contiene información en referencia a abuso de drogas y/o alcohol o tratamiento, cuidado psiquiátrico, enfermedades transmisibles y/o no transmisibles incluyendo pero no limitado a hepatitis, gonorrea, sífilis y/u otra información sensible, yo estoy de acuerdo a que se revele. **Marque Una:** SI NO

Formulario continúa en el reverso

Revelar Archivos de VIH/SIDA

Yo entiendo que si mi archivo medico o de cobro contiene información en referencia a VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humano/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) pruebas y/o tratamiento, Yo estoy de acuerdo a que se revele. **Marque Una:** SI NO

Limite de Tiempo y Derecho a Revocar Autorización

Salvo en la medida en que la acción ya ha sido tomada en dependencia de esta autorización que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. A no ser revocada, esta autorización expirará en la siguiente fecha o evento _____ o no exceder 1 año desde la fecha de la firma. Indicando "algún y todos" los archivos que se publicarán sólo incluirán todos los archivos hasta la fecha en que el paciente o el representante del paciente firme esta autorización siempre y cuando no haya expirado o revocado la autorización.

Re-divulgación

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una re-divulgación por el destinatario y ya no estar protegida por La Ley de Portabilidad y responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA) de 1996 o estatuto estatal.

Derecho a Negar

Entiendo que no tengo que firmar esta Autorización, y mi tratamiento o el pago de servicios no serán negados si no firmo.

Firma del Paciente o del Representante Personal del Paciente que Puede Requerir la Divulgación

Entiendo que puede haber cargos por copiar mis archivos. La ley estatal gobierna que la organización puede cobrar por revelar la información. He leído este formulario, entendido y estoy de acuerdo en los usos y divulgaciones de la información descritos en esta Autorización. Entiendo que negarme a firmar este formulario no evita la divulgación de información de salud que divulgada antes de la revocación o que de cualquier otro modo esta permitido la ley sin mi autorización específica o permiso, incluyendo divulgación a las organizaciones cubiertas como lo dispone la ley estatal y/o el 45 CFR §164.502 (a) (1). Por la presente, a sabiendas y voluntariamente autorizo a Mercy Health a usar y divulgar la información de salud protegida anteriormente especificada.

Firma del individuo o representante personal *Fecha* *Hora*

Nombre impreso del representante personal del individuo, si aplica: _____

Justifique su función como representante personal del individuo (*por ejemplo, padre, tutor legal*):

Firma de testigo (*donde se requiera legalmente*): _____

Verified by (OFFICE USE ONLY): _____

Identity of Requestor Verified (OFFICE USE ONLY) via:
 Photo ID Matching Signature Other, specify: _____