

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DIRECCIÓN _____ # DE TELÉFONO _____ # DEL REGISTRO MÉDICO _____

Por la presente autorizo _____ utilizar y/o divulgar mi información médica en los siguientes casos:

DIVULGAR A: _____ West Holt Memorial Hospital 406 W Neely St Atkinson NE 68713 402-925-2580
Nombre del Beneficiario Dirección Número de Fax / Correo Electrónico Codificado

FIN(ES) DE LA DIVULGACIÓN:

- Marque esta casilla si la divulgación se realiza a petición de la persona.
- En caso que el fin de la divulgación sea de carácter comercial, y West Holt Memorial Hospital / West Holt Medical Clinic / La Farmacia/West Holt vayan a recibir una remuneración directa o indirecta de terceros, marque esta casilla.

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA:

<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	<input type="checkbox"/> Registro de sala de emergencia
<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso	<input type="checkbox"/> Informe al ser dado de alta
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Reporte quirúrgico
<input type="checkbox"/> Informes de Radiologías-Tomografías/Ultrasonidos/Resonancia Magnética/Mamografía/Ecocardiograma <input type="checkbox"/> Disco computarizado, si está disponible	<input type="checkbox"/> Pruebas de función pulmonar/Polisomnografía/Oximetría
<input type="checkbox"/> Informe de la consulta/Servicios Ambulatorios	<input type="checkbox"/> Rehabilitación Cardíaca/Pulmonar
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma/Máquina de Caminar/Cintas de ritmo/Monitoreo Holter/Prueba de estrés	<input type="checkbox"/> Registro Financiero
<input type="checkbox"/> Terapia Física/Ocupacional/del Habla	<input type="checkbox"/> Registro completo/en la TOTALIDAD
<input type="checkbox"/> Visita al Consultorio Médico	<input type="checkbox"/> Farmacia West Holt
<input type="checkbox"/> Otro:	

Yo autorizo de manera específica la divulgación de la información relacionada con:

<input type="checkbox"/> Abuso de Estupefacientes (Incluyendo el consumo de alcohol/drogadicción)
<input type="checkbox"/> Salud Mental
<input type="checkbox"/> Información asociada con el VIH(Virus de Inmunodeficiencia Humana)/AIDS(Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) (incluyendo los resultados de los exámenes)

FECHAS DE LA NOTIFICACIÓN O LAPSO DE TIEMPO QUE LOS REGISTROS DEBEN SER DIVULGADOS: _____
(Indique una fecha exacta o "la totalidad de las fechas")

Entiendo y acepto que:

1. Rehusar firmar esta autorización no afecta la garantía por parte de West Holt Memorial Hospital/West Holt Medical Clinic/la Farmacia West Holt para darme tratamiento.
2. La información médica que debe ser divulgada en conformidad con esta autorización podría estar sujeta a una redivulgación por parte del beneficiario y ya no protegida por la Ley Estatal o Federal.
3. Esta autorización es válida por _____ meses (con un plazo máximo de 12 meses) después de la fecha en la que fue firmada. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una notificación escrita. Mi revocación no será válida, salvo en la medida en la que ya se hubiera adoptado alguna decisión basada en mi consentimiento.
4. He leído (me ha sido leído) y he recibido una copia de este documento.

Una fotocopia o una reproducción fidedigna de este documento firmado tendrán la misma validez y efecto como el original.

Firma del paciente o representante personal del paciente

Fecha

Parentesco con el paciente si es firmado por el representante personal

Expedientes Divulgados por (Por favor escriba las iniciales) ____ Los expedientes deben completarse por el departamento HIM (HIM: Información sobre la Salud _____)