

# Autorización de divulgación del historial médico

(Authorization for Release of Medical Information-Spanish)

**INSTRUCCIONES:** Asegúrese de llenar toda la información en los lugares en blanco, de no hacerlo podría prevenir o atrasar la entrega de su información.

**PACIENTE:** Nombre: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN:** Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre(s) previo: \_\_\_\_\_

**PROVEEDOR:** Nombre: \_\_\_\_\_

(Quien esta entregando el expediente)

Dirección: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN:**  Expediente completo \_\_\_\_\_  Cartilla de vacunación \_\_\_\_\_

Laboratorios, fecha \_\_\_\_\_  Radiografías, fecha \_\_\_\_\_

EKG, fecha \_\_\_\_\_  Archivos de alta médica, fecha \_\_\_\_\_

Historial y Exámen físico, fecha \_\_\_\_\_  Otro(s) \_\_\_\_\_

**PROPOSITO:**  Transferencia del cuidado medico  Mudanza

Cobertura de seguro  Otro \_\_\_\_\_

**ENVIAR** Nombre: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN A:** Dirección: \_\_\_\_\_

MCI no condicionará su tratamiento a la firma de esta autorización, a menos de que: (1) usted esté recibiendo un tratamiento relacionado a una investigación o (2) la única razón por la que se le está dando este cuidado médico es para hacer un informe a terceros, tales como su patrón (ej.: su condición física para volver al trabajo) o escuela (ej.: exámen físico para educación física).

## Autorización específica para dar acceso a la información protegida por ley estatal o federal

Autorizo específicamente dar acceso a la información relacionada con:

- Abuso de sustancias controladas (alcohol/drogas)  Salud mental (incluyendo estudios psicológicos)  
 HIV-enfermedad relacionada (Estudios relacionados al SIDA)

La autorización es **efectiva por 90 días** de la fecha en que se firmó. Entiendo que puedo **revocar** esta autorización en cualquier momento -excepto hasta el punto en que se haya tomado acción basados en la misma- dando aviso por escrito a Mercy Clinics, Inc. Entiendo que tengo el derecho de examinar la información que se divulgará usando la notificación apropiada y bajo las condiciones apropiadas establecidas por Mercy Clinics, inc. Las declaraciones hechas en esta autorización obligan, controlan y toman precedencia sobre las declaraciones hechas en el aviso del MCI de las prácticas de privacidad.

Firma del paciente o Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente, Si el paciente no es el que firma: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha de la información: \_\_\_\_\_ Persona entregando el expediente: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

### PROHIBICIÓN DE VOLVER A REVELAR

Donde información se haya divulgado de los expedientes protegidos por la ley federal para los expedientes por abuso de alcohol/drogas o por la ley estatal para los expedientes de salud mental, los requisitos federales (42.C.F.R. Parte 2) y requisitos estatales (Código de Iowa ch. 228) prohíben el acceso adicional sin el consentimiento específico por escrito del paciente, o según lo permitido de otra manera por tal ley y/o regulaciones. Una autorización general para el acceso a la información médica u otro tipo de información no es suficiente para estos propósitos. Se pueden aplicar penas civiles y/o criminales por divulgación no autorizada de información sobre el abuso de drogas/alcohol o sobre la salud mental. Entiendo que toda la información usada o revelada en acuerdo con esta autorización puede volverse a revelar por la parte receptora de la información y puede dejar de estar protegida por la ley federal.