

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Seleccione ubicación (ubicaciones): AGH (Atlantic General Hospital) AGHS (Atlantic General Health System)
 AHC (Atlantic Health Center) OTRO (Especifique) _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚM. DE SEGURO SOCIAL: (opcional): _____ NÚMERO DE CONTACTO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Para esta autorización mi "Información médica" es: (pueden aplicarse cargos)

Registro completo (TODO) Registro resumido (alta, resumen, historial y examen físico, notas operativas y resultados de pruebas)
 Incluye información de otros proveedores/centros médicos Informe de patología
 Historial de admisión y examen físico Otro: _____
 Resumen de alta

Registro de pacientes externos

Registro de sala de emergencias

Informe de pruebas/resultados de diagnóstico (resultados de laboratorio, radiografías y otras pruebas)

Imágenes digitales (CD)

Informe operativo

****Escriba sus iniciales a continuación si la divulgación incluirá**

Registro de drogas y alcohol

Registros de salud mental

Registros de salud reproductiva

Otro: _____

** Fecha de servicio solicitado: _____ A _____

Autorizo la divulgación de mi información médica mediante: Correo postal Correo electrónico Recojo
 Fax (solo de Dr. a Dr.)

► De la persona o entidad que divulga: _____

► Para la persona o entidad que recibe: _____

DIRECCIÓN: _____ DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ TELÉFONO: _____

FAX: _____ FAX: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

Con el propósito de: _____

Entiendo que puede haber un cargo por copiar y tramitar mi solicitud. Entiendo que todos los honorarios estarán de conformidad con las pautas aplicables del Estado de Maryland. Al firmar esta autorización, acepto pagar estos honorarios al momento en que se realice esta solicitud. Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de firma, a menos que usted la revoque. Atlantic General Hospital/Health System puede contactarme para extender esta autorización, pero yo no tengo que hacer esto. Atlantic General me pedirá una identificación con foto cuando solicite mis registros médicos. El personal médico y los asociados de Atlantic General Hospital/Health System se comprometen a mantener la estricta confidencialidad del paciente de acuerdo con sus altos estándares éticos y de conformidad con las leyes estatales y federales. Atlantic General Hospital/Health System cuenta con procedimientos que respaldan esta política. Estos procedimientos hacen que sea muy poco probable que mi información médica sea divulgada de nuevo de manera inadecuada. Sin embargo, si esto sucede, es posible que mi información médica ya no esté cubierta por estas protecciones de privacidad. No tengo la obligación de firmar esta autorización. Atlantic General Hospital/Health System no condiciona el tratamiento, pago, elegibilidad para beneficios o actividades de inscripción a la firma de este formulario. Puedo solicitar una copia de esta autorización al firmarla. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito siguiendo las pautas de la parte posterior de este formulario.

► El paciente firma aquí: _____ Fecha/hora _____

Yo, _____ declaro que soy el agente de salud/tutor/responsable del poder notarial /padre del paciente arriba mencionado. (Los agentes de salud, tutores o responsables de poder notarial, deben adjuntar documentos de verificación.)

► El representante personal firma aquí: _____ Fecha/hora _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____



**AUTHORIZATION FOR RELEASE
OF MEDICAL RECORDS
SPANISH**



Al firmar esta autorización, entiendo que la divulgación de mis registros médicos puede contener información relacionada con el estado de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc. Entiendo que la divulgación de notas de psicoterapia requiere una autorización adicional.

Aviso al destinatario de estos registros: Si la información se refiere a una persona que recibe tratamiento por abuso de alcohol o drogas, la confidencialidad de esta información está protegida por la ley federal (Regulación Federal 42 CFR parte 2) y prohíbe la divulgación de esta información, excepto con autorización específica por escrito de la persona a la que se refiere. Una autorización general para la divulgación de información médica de otro tipo no es suficiente para este objetivo.

Para revocar esta autorización, debo enviar por correo postal o fax mi solicitud por escrito junto con una copia de esta autorización original a:

Atlantic General Hospital

ATTN: Medical Records

9733 Healthway Drive

Berlin, Maryland 21811

Teléfono: (410) 641-9614 o (410) 641-9616

Fax: (410) 641-3410

Si no puedo proporcionar una copia de esta autorización original con mi solicitud, proporcionaré la siguiente información:

- Fecha de autorización
- Nombre
- Dirección
- Número de teléfono
- Número de Seguro Social
- Fecha de nacimiento
- Objetivo de autorización
- Descripción de información médica solicitada
- Persona/entidad autorizada para usar/recibir la información médica.

Si esta autorización original fue firmada por mi representante personal, la solicitud de revocación también incluirá:

- Nombre de mi representante personal
- Relación
- Dirección
- Número de teléfono

Entiendo que si no puedo proporcionar toda la información anterior, es posible que Atlantic General Hospital no pueda cumplir con mi solicitud de revocación. Asimismo, entiendo que Atlantic General Hospital no puede recuperar mi información médica que se haya divulgado antes de mi revocación de esta autorización.



**AUTHORIZATION FOR RELEASE
OF MEDICAL RECORDS
SPANISH**