

**Mary Lanning Healthcare – Health Information Management (HIM)**

Mailing Address: 715 N. St. Joseph Ave., Hastings, NE 68901

Fax Number: 402-461-5311 Phone Number: 402-461-5174

1. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

SSN #: \_\_\_\_\_ Licencia de Conducir #: \_\_\_\_\_  
*(Opcional o los cuatro últimos dígitos)*

2. Por la presente autorizo y solicito la divulgación de mi historia clínica

De: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_

3. Información que será divulgada: De (fecha): \_\_\_\_\_ A (fecha): \_\_\_\_\_

- Informe de Consulta
- Informe Financiero
- Información Psiquiátrica
- Resumen del Alta
- Historial y Examen Físico
- Imágenes Radiológicas
- Ecocardiograma
- Laboratorio
- Informes de Radiología
- Electrocardiograma
- Notas de Progreso
- Historial Social
- Registro de la Sala de Emergencia
- Informe Operatorio
- Comunicación Verbal
- Admisión
- Informe Patológico
- Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

**\*\* Formato de Divulgación:**

- Portal del Paciente
- Correo
- Recoger
- # de Fax: \_\_\_\_\_
- Correo Electrónico Cifrado
- \*Correo Electrónico no Cifrado
- Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

\* Nota: Si selecciono un correo electrónico no cifrado, entiendo el riesgo de recibir mi Información de Salud Protegida de esta manera y que un tercero puede leerla.

\*\* Tarifas: Entiendo que puede haber una tarifa cobrada por copiar mi historia clínica

**4. Propósito de la Divulgación:**

- Seguros / Pagadores
- Procedimientos Legales
- Personal
- Tratamiento
- Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

5. Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre los servicios del tratamiento de la conducta o salud mental y del abuso de alcohol y drogas. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que la revocación se hará por escrito y no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le provee a mi asegurador el derecho de disputar una reclamación bajo mi póliza. A menos que se haya revocado previamente, esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma o \_\_\_\_\_. Considero que una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original. Si me niego a firmar esta autorización, no afectará mi capacidad para obtener tratamiento en el Mary Lanning Healthcare. Entiendo que puedo inspeccionar, o que se haga una copia de la información que se va a usar o divulgar, según lo dispuesto en el CFR 164.524. Entiendo que la información usada, o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente de la Persona Listada Arriba



**Autorización Para Dar y Obtener Información de su Salud**

*(Authorization to Use and Disclose Protected Health Information)*

Created / Translated: 10/18  
Revised: 01/20, 06/22, 02/24