

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: _____

de Teléfono: _____ # de Fax: _____

A: _____

de Teléfono: _____ # de Fax: _____

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



HIM-125-S

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, 04/24