A picture containing shape

Description automatically generated

**AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL**

1. **Individuo/Paciente (Nombre e información de la persona que autorizo la liberación):**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Impreso: | Fecha de Nacimiento: |
| Dirección: | Código de Área y Número de Teléfono: |
| Ciudad: Estado: | Código postal: |

1. **Autorización y Propósito:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la Facultad: | | Puede liberar la información especificada a: | |
| Nombre del Paciente/Representante/Hospital/Facultad/Medico: | | | |
| Dirección: | | Código de Área y Número de Teléfono: | |
| Ciudad: | | Estado: | Código Postal: |
|  |

La información va a ser utilizada/divulgada para lo siguiente:

Seguro Social/ Discapacidad Propósitos Legales

Atención Medica Continua Militar

Seguro Uso Personal

Escuela Otro:

**Entiendo que, si la persona/entidad autorizada para recibir y usar la información no es un proveedor o plan de salud, la información divulgada puede ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad y podría ser divulgada por el destinario.**

1. **Descripción de la información que se utilizara o divulgara (marque todas las que correspondan)**

Resumen de la Descarga Historial y físico

Reporte de laboratorio/patología Ordenes del Doctor

Reporte de Cirugía Formulario

Notas de Progreso EKG

Reporte de consulta Reporte de la sala de emergencia

Reporte de medicamentos Reporte de descarga

Imágenes de prueba de diagnostico Récords de Terapia

Todos los Récords

Resultados/Informes de pruebas de Diagnóstico (Rayos X, TC, RMN)

Otro (Especificar:)

**Para las fechas de Inicio/Finalización**: De: Para:

**Solo para uso de oficina**

Identificación verificada: Si No

Tipo de ID verificado:  Licencia para conducir Militar Escuela Otro:

Verificado por:

A picture containing shape

Description automatically generated

|  |
| --- |
| **IV. Información Delicada** |
| **Entiendo que, si mis registros médicos o de facturación contienen información en referencia al abuso de drogas y/o alcohol, atención psiquiátrica, enfermedad escisión, pruebas de hepatitis B o C, y/u otra información sensible, acepto su divulgación. Entiendo que si mi expediente médico o de facturación contiene información en referencia a las pruebas y/o tratamiento del VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humano/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) acepto su publicación.** |

### Caducidad y revocación

Excepto en la medida en que ya se haya tomado medidas en base a esta autorización, en cualquier momento puedo revocar esta autorización enviando un aviso por escrito al Oficial de Privacidad de la instalación en 2560 Samaritan Drive, Las Cruces, NM 88001. Esta autorización expirara en automáticamente 180 días a partir de la fecha de mi firma a menos que se revoque antes de esa hora o a menos que se especifique lo contrario.

### Divulgaciones

Entiendo que mis registros son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización por escrito, excepto cuando la ley lo permita de otra manera. Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a divulgación por el destinatario y ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud de 1996. La instalación, sus empleados, funcionarios y médicos son liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Entiendo que Three Crosses Regional Hospital puede no condicionar mi tratamiento si firmo este formulario de autorización. Autorizo a Three Crosses Regional Hospital a usar y divulgar la información médica protegida como se especificó anteriormente. Además, entiendo que se me pueden cobrar cargos de recuperación/procesamiento por copias de registros médicos de acuerdo con la ley de Licencias Hospitalarias de Nuevo México.

### Firma

Puedo recibir una copia de esta autorización al firmarla.

Firma del Paciente Fecha de la Firma

**Si usted está firmando como un Poder Judicial, Agente de Salud, Guardian Designado por el Tribunal, Ejecutor, Administrador o Next of Kin, complete lo siguiente y adjunte una copia de los documentos legales como prueba de su autoridad para actuar en nombre del paciente.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma del Representante del Paciente |  |  |  | Relación con el Individuo | |
| Dirección del Representante del Paciente |  |  | Ciudad | Estado | ZIP |

Firma del Testigo: Fecha:

Ser firmado por la Liberación de Asociado de Información después de verificar la identificación adecuada.

Una vez completado el formulario de autorización, puede devolvérnoslo mediante uno de los siguientes métodos:

Dirección 2560 Samaritan Drive, Las Cruces NM 88001

Fax: 575-582-2224