







**DIVULGACIÓN O SOLICITUD DE REGISTROS/ AUTORIZACIÓN PARA USAR Y  
DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer-nombre

Segundo-nombre

Dirección particular: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**ESPECIFICAR INFORMACIÓN A SER DIVULGADA O SOLICITADA (MARQUE CON UN CÍRCULO LAS QUE CORRESPONDAN):**

La información que puede ser divulgada o solicitada (marcar las que correspondan) en virtud de esta autorización, es:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta               | <input type="checkbox"/> Informes ECG//EMG/EEG     | <input type="checkbox"/> Otro: _____        |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución/del médico | <input type="checkbox"/> Informes de consultas     |   |
| <input type="checkbox"/> Informes radiológicos         | <input type="checkbox"/> Informes de emergencias   |   |
| <input type="checkbox"/> Informes patológicos          | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio   | Registros para el período comprendido entre |
| <input type="checkbox"/> H.C. y exploración física     | <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos      | (fechas) _____ y _____                      |
| <input type="checkbox"/> Notas de enfermería           | <input type="checkbox"/> Historia clínica completa |   |

**MI INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL:**

Al marcar cualquiera de los casilleros junto a una de las categorías de información estrictamente confidencial que se enuncian más abajo, autorizo específicamente el uso y/o la divulgación de la categoría indicada junto al casillero, en tanto que la información estrictamente confidencial se utilice de conformidad con esta autorización:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información referida a servicios de salud mental o discapacidad mental/intelectual   | <input type="checkbox"/> Información referida a enfermedades de transmisión sexual                     |
| <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia elaboradas por un profesional de salud mental  | <input type="checkbox"/> Información referida a programas de tratamiento por abuso de alcohol o drogas |
| <input type="checkbox"/> Información referida a las pruebas de VIH/SIDA (incluye el hecho de que se haya ordenado, realizado o informado los resultados de una prueba de VIH, independientemente de su resultado positivo o negativo) | <input type="checkbox"/> Información referida a ataques sexuales                                       |
|   | <input type="checkbox"/> Información referida a abuso y negligencia infantil                           |

**DIVULGAR información a:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
---------------	---------------	----------------------

Teléfono: _____	Fax: _____
-----------------	------------

**SOLICITAR información de:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
---------------	---------------	----------------------

Teléfono: _____	Fax: _____
-----------------	------------

- VIGENCIA:** Esta autorización permanecerá vigente:
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Desde la fecha de esta autorización hasta el ____ de _____, de 20 ____. |
| <input type="checkbox"/> Hasta que haya completado esta solicitud.                               |
| <input type="checkbox"/> Hasta que tenga lugar el siguiente acontecimiento: _____                |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____   |

**PROPÓSITO:** Autorizo a a usar o divulgar mi información de salud (incluida la información estrictamente confidencial que seleccioné más arriba, si corresponde) durante el período de vigencia de esta autorización para los siguientes fines específicos:  
[Nota: "a solicitud del paciente" es motivo suficiente si el paciente es quien tramita esta autorización]



**SAINT VINCENT  
MEDICAL GROUP**



**METROWEST  
PHYSICIAN SERVICES**

**DIVULGACIÓN DE REGISTROS / AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Comprendo que una vez que divulgue mi información de salud al destinatario de la misma, no podrá garantizar que éste no la divulgue a un tercero. El tercero involucrado no queda obligado por esta autorización ni por las leyes federales y estatales vigentes que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

Comprendo que podrá, directa o indirectamente, recibir remuneración de terceros en relación con el uso o la divulgación de mi información de salud.

Comprendo que puedo rehusarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta autorización por cualquier razón, y que tal negativa o revocación no afectará el inicio, la continuidad o la calidad de mi tratamiento en ; excepto, no obstante, que mi tratamiento en sea con el único propósito de crear información de salud para su divulgación al destinatario identificado en esta autorización, en cuyo caso podrá rehusarse a brindarme tratamiento si yo no firmo esta autorización.

Comprendo que esta autorización permanecerá en vigencia hasta la finalización de su plazo o hasta el momento en que presente una notificación escrita de revocación a la Oficina de Privacidad de en el domicilio enunciado más abajo. La revocación será efectiva inmediatamente una vez que haya recibido mi notificación escrita, salvo que tal revocación no tuviera ningún efecto sobre las acciones realizadas por en virtud de esta autorización antes de haber recibido mi notificación por escrito de la revocación.

Comprendo que las copias de los registros tendrán un cargo adicional de conformidad con las normas estatales.

**Puedo contactar a la Oficina de Privacidad de a:**

Corporate Compliance & Privacy Office  
 Tenet Healthcare  
 14201 Dallas Parkway  
 Dallas, Texas 75254  
 Correo electrónico: [PrivacySecurityOffice@tenethealth.com](mailto:PrivacySecurityOffice@tenethealth.com)  
 Ethics Action Line (EAL) 1-800-8-ETHICS

He leído y comprendido los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y divulgación de mi información de salud. Al colocar mi firma, por el presente autorizo, a sabiendas y voluntariamente a a usar o divulgar mi información de la manera descripta más arriba.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

**Nota:** Si el paciente es menor de edad o por alguna razón no es capaz de firmar esta autorización, se deberán obtener las siguientes firmas:

\_\_\_\_\_

Firma del representante personal autorizado

\_\_\_\_\_

Vinlucio con el paciente

\_\_\_\_\_

Fecha