



Divulgación de información de (Release of Information)
 2010 Atherholt Road
 Lynchburg, VA 24501
 Phone: (434) 200-4506
 Fax: (434) 200-6064

**Autorización para divulgar información
 médica protegida
 (Authorization to Release Protected Health Information)**

Nombre del paciente: _____ N.º de seguridad social (últimos 4 dígitos): _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de servicio: _____ N.º de teléfono: _____

Por la presente autorizo a Centra a usar y **DIVULGAR A:** u **OBTENER DE:** o **SOLICITUD DE REGISTROS DEL PACIENTE**

Nombre del centro o de persona _____ N.º de teléfono: _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

La siguiente información será divulgada O es solicitada:

<input type="checkbox"/> Completar registro	<input type="checkbox"/> Apoyo familiar/social	<input type="checkbox"/> Informe anatomopatológico	<input type="checkbox"/> Recomendación de incorporación
<input type="checkbox"/> Información académica/conductual	<input type="checkbox"/> Registro de vacunación	<input type="checkbox"/> Pedidos de médicos	<input type="checkbox"/> Informes de rehabilitación
<input type="checkbox"/> Planificación de cuidados posteriores	<input type="checkbox"/> Participación en actividades de atención	<input type="checkbox"/> Notas de progreso del médico	<input type="checkbox"/> Tarjetas de informe
<input type="checkbox"/> Resumen/registros de facturación	<input type="checkbox"/> Resultados de análisis de laboratorio	<input type="checkbox"/> Progreso en el tratamiento (clínico)	<input type="checkbox"/> Antecedentes sociales
<input type="checkbox"/> Informes de consulta	<input type="checkbox"/> Antecedentes médicos y físicos	<input type="checkbox"/> Progreso en el tratamiento(en el hogar)	<input type="checkbox"/> Registros de terapia
<input type="checkbox"/> Informes/pruebas diagnósticas	<input type="checkbox"/> Medicamento(s)	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Transcripción
<input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria	<input type="checkbox"/> Examen del estado mental	<input type="checkbox"/> Nota de ingreso psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Plan/recomendaciones de tratamiento
<input type="checkbox"/> Evaluación académica	<input type="checkbox"/> Neuropsicológico	<input type="checkbox"/> Alta psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Plan educativo	<input type="checkbox"/> Notas del personal de enfermería	<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica	
<input type="checkbox"/> Informe del depto. de emergencia	<input type="checkbox"/> Resumen operativo	<input type="checkbox"/> Imágenes/informes radiológicos	

El propósito de la divulgación a petición de la persona es:

- Seguro Acción legal Continuación del tratamiento Uso personal Educación

Otro (especificar): _____

Formato para los registros: Impreso Electrónico (CD)

Por correo electrónico seguro a: _____ (dirección de correo electrónico)

Si solicita registros en formato impreso o electrónico en CD, indique lo siguiente: CORRECO o ENTREGA

A menos que el formato de los registros se indique específicamente arriba, la información anterior podrá compartirse verbalmente o en formato escrito o electrónico. Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser proporcionada o distribuida por el destinatario y puede dejar de estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Los registros confidenciales, como los relacionados con el tratamiento de salud mental, abuso de alcohol o drogas, VIH/enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted disease, STD) pueden incluirse en los registros/información divulgados. Excepto en la medida en que Centra u otro titular legítimo de mis registros/información ya haya actuado de acuerdo con ello, esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento, para lo cual se debe enviar una solicitud por escrito a Divulgación de información de Centra. Atención: Privacy Officer, 2010 Atherholt Road, Lynchburg, VA 24501. De lo contrario, esta autorización vencerá automáticamente tras mi muerte o la siguiente fecha/evento introducido aquí, lo que suceda primero:

Como persona que firma esta autorización, entiendo que estoy dando mi permiso a la entidad mencionada anteriormente para la divulgación de historias clínicas confidenciales. Se incluirá una copia de esta autorización y una anotación sobre las personas o agencias a las que se ha divulgado mi historia clínica original. Puedo negarme a firmar este formulario. Entiendo que Centra no condicionará la prestación del tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud ni la elegibilidad para beneficios cuando proporcione de esta autorización.

Entiendo que se podría cobrar un cargo por esta solicitud, en conformidad con la política de Centra.

NOTIFICACIÓN AL DESTINATARIO DE LOS REGISTROS: Esta información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por las normas de confidencialidad federales (Título 42, Parte 2 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR]). Las normas federales le prohíben la posterior divulgación incluida en este registro que identifique a un paciente como que tiene o ha tenido un trastorno por uso de sustancias ya sea directamente, al consultar la información disponible públicamente, o al verificar dicha identificación mediante otra persona, a menos que la posterior divulgación esté expresamente autorizada por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se esté divulgando o según lo permita el Título 42, Parte 2 del CFR. Una autorización general para divulgar información médica u otra información NO es suficiente para este fin (véase §2.31). Las normas federales restringen cualquier uso de la información a investigar o procesar con respecto a un delito cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto según se indica en las Secciones 2.21(c)(5) y 2.35.

Firma del paciente o el representante legal (Signature of Patient or Legal Representative)

Fecha (Date) hora (Time)

Padre/madre o tutor legal
(Parent or Legal Guardian)

Poder notarial
(Power of Attorney)

Pariente más cercano del fallecido
(Next of Kin Deceased)

Administrador de bienes
(Administrator of Estate)

Etiqueta del paciente (Patient Label)

Autorización para divulgar información médica protegida
(Authorization to Release Protected Health Information)
 Centra N.º 888-2596 (Centra #888-2596)
 REV. 11/24/20

