



## AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de expediente #: \_\_\_\_\_

1. Por la presente autorizo al Centro de Ciencias Médicas de la Universidad de Nuevo México a divulgar información de mi expediente médico en la clínica:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> University Hospital                    | <input type="checkbox"/> UNM Psychiatric Center               | <input type="checkbox"/> Carrie Tingley Hospital |
| <input type="checkbox"/> Children's Psychiatric Hospital        | <input type="checkbox"/> UNM Cancer Center                    | <input type="checkbox"/> Ambulatory Care Center  |
| <input type="checkbox"/> UNM Medical Group, Inc.                | <input type="checkbox"/> UNM Sandoval Regional Medical Center |  |
| <input type="checkbox"/> Otra (favor de especificar cuál) _____ |   |  |

¿Le gustaría tener la información en un disco compacto/DVD?  Sí  No

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

Dirección: \_\_\_\_\_

No. de teléfono: \_\_\_\_\_

A fin de: \_\_\_\_\_

2. Se divulgará información sobre:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> consulta/ingreso más reciente                 | <input type="checkbox"/> notas de evolución              | <input type="checkbox"/> expediente escolar              |
| <input type="checkbox"/> historia clínica y examen médico              | <input type="checkbox"/> resultados de análisis          | <input type="checkbox"/> evaluación psicológica          |
| <input type="checkbox"/> evaluación inicial                            | <input type="checkbox"/> informes sobre radiografías     | <input type="checkbox"/> evaluación fisioterapéutica     |
| <input type="checkbox"/> informes sobre consultas                      | <input type="checkbox"/> informes del patólogo           | <input type="checkbox"/> evaluación del habla y lenguaje |
| <input type="checkbox"/> informe quirúrgico                            | <input type="checkbox"/> Informe emergencias/ambulatorio | <input type="checkbox"/> terapia ocupacional             |
| <input type="checkbox"/> informe de alta                               | <input type="checkbox"/> facturación                     |  |
| <input type="checkbox"/> otra información (favor de especificar) _____ |  |  |

Sobre atención médica prestada: desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_

desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_

3. Además autorizo que esta divulgación de información médica incluya información relacionada con (ponga sus iniciales después de todos los elementos que sean aplicables):

- Sí  No El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) u otras enfermedades de transmisión sexual \_\_\_\_ iniciales
- Sí  No Servicios conductuales/ cuidados psiquiátricos \_\_\_\_ iniciales
- Sí  No Tratamiento para alcoholismo/ drogadicción \_\_\_\_ iniciales
- Sí  No Información del paciente de resultados de pruebas genéticas e información relacionada \_\_\_\_ iniciales

4. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización lo tendré que hacer por escrito y presentar mi revocación escrita al Health Information Management Department (*el Departamento de administración de información médica*). Entiendo que la revocación no será aplicable a la información ya divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no será aplicable a mi compañía aseguradora en los casos que la ley estipula que mi aseguradora tiene derecho a impugnar una reclamación bajo mi póliza. A menos que se revoque de otra forma, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento o condición. Si yo no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización se vencerá seis meses después de la fecha de su firma.

5. Entiendo que una vez divulgada la información indicada arriba, el destinatario podrá volver a divulgarla y es posible que la información ya no sea protegida por las leyes o normativas federales referentes a la privacidad

6. Entiendo que el autorizar la divulgación de información médica es voluntario; que puedo negarme a firmar esta autorización y no necesito firmar esta autorización para recibir tratamiento médico; y si autorizo la divulgación de información médica, tendré el derecho a examinar y copiar la información que será divulgada. Me entregarán una copia firmada de esta autorización.

Firma del paciente o su representante legal ~ Patient or legal Guardian (Relación con el paciente (Relationship)) (Fecha)

Firma del testigo/ Witness (Fecha/Date) (Padre/madre si es paciente de CPH/PFC&A mayor de 14 (Fecha)

**PROHIBICIÓN DE VOLVER A DIVULGAR:** La normativa federal (42 CFR Parte 2) y leyes estatales (NMSA 1978 §§ 43-1-19, 32A-6A-24, 24-2B-7 y 24-1-9.5) prohíben volver a divulgar información sobre tratamientos psiquiátricos, o tratamientos para alcoholismo/drogadicción y los resultados de pruebas para VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual a cualquier otra persona o agencia sin haber obtenido otra autorización escrita para ese fin, o como lo permitan otras normativas federales o leyes estatales.