



AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de expediente médico: _____

1. Por medio de la presente autorizo al Centro de Ciencias de la Salud de UNM a divulgar información contenida en mi expediente médico que se encuentra en:

- Hospital Universitario Centro Psiquiátrico de UNM Centro Médico Regional de UNM en el condado de Sandoval
- Grupo Médico de UNM Centro de Cáncer de UNM Hospital Psiquiátrico para Niños y Jóvenes
- Hospital Carrie Tingley Centro para Atención Ambulatoria Otro; favor de indicar: _____

Para: Nombre: _____ Calle y número: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N.º de teléfono: _____

N.º de fax del centro o del proveedor médico: _____

¿Desea una copia de su expediente médico en un CD/DVD? Sí / No ¿Desea una copia de sus imágenes de radiología en un CD/DVD? Sí / No

Con la finalidad de: _____

2. Información a ser divulgada:

- consulta/admisión más reciente expedientes como paciente externo registros de vacunación historial y examen físico
- exámenes de laboratorio registros de la sala de Emergencias expedientes psicológicos informes de radiología
- registros de terapia física/ocupacional resumen de la dada de alta informes de patología expedientes del habla y del lenguaje
- informes quirúrgicos informes de consultas todos los expedientes médicos

Cubriendo los período(s) de atención médica: Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____
Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____

3. Además, autorizo a que esta divulgación de información médica incluya información relacionada con (Si se solicitan los expedientes de los exámenes de laboratorio y/o de la salud conductual, por favor marque el "sí" y escriba sus iniciales sobre la línea en blanco)

- Sí No – Exámenes de laboratorio _____ (iniciales)
- Sí No -- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) u otras enfermedades de transmisión sexual _____ (iniciales)
- Sí No -- Servicios de la salud conductual/atención psiquiátrica _____ (iniciales)
- Sí No -- Tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas _____ (iniciales)
- Sí No—Resultados de pruebas genéticas e información relacionada con el paciente _____ (iniciales)

4. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta Autorización, debo de hacerlo por escrito y presentarla al Departamento de Administración de la Información de la Salud. (Health Information Management Department).

Entiendo que la revocación no aplica a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta Autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro médico cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. A menos de que sea revocada de otra manera, esta Autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición:

_____. Si no especifico una fecha de caducidad, evento o condición, esta Autorización se vencerá en seis (6) meses a partir de la fecha en que fue firmada.

5. Entiendo que una vez que se divulgue la información anterior, ésta puede ser a su vez divulgada por el destinatario y la información tal vez no esté protegida por leyes o reglamentos federales sobre privacidad.

6. Entiendo que la autorización para la divulgación de esta información médica es voluntaria; que puedo negarme a firmar esta Autorización; y que no necesito firmar este formulario para poder recibir atención médica. Además, si autorizo la divulgación de esta información de salud, tengo el derecho a revisar y copiar la información a ser divulgada. Se me proporcionará una copia de esta autorización firmada.

Firma del paciente o de su representante legal (Relación con el paciente) (Fecha)

Firma del Testigo (Fecha)

(Firma del padre/madre/tutor legal si el paciente es de CPH/PFC&A y mayor de 14 años de edad) (Fecha)

PROHIBICIÓN DE NUEVA REVELACIÓN: El reglamento federal (42 CFR Part2) y las leyes estatales (NMSA 1978 ## 43-1-19, 32A-6A-24-2B-7 y 24-1-9.5) prohíben la posterior divulgación de información acerca de la salud mental o del tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas, así como sobre los resultados de las pruebas del VIH/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual, a cualquier persona o agencia sin primero obtener otra autorización por escrito adecuada a ese propósito, o como sea permitida por el reglamento federal o las leyes estatales.