

# AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Solicito que mi información médica protegida (PHI) de **LMH Health** sea divulgada a:

Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fax (solo proveedor de atención médica): \_\_\_\_\_

**A petición mía o con el siguiente propósito:** \_\_\_\_\_

**Cubre el período de atención médica desde:** Fecha(s): \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

## Autorizo que se divulgue la siguiente PHI de mi(s) expediente(s) médico(s):

- Registros de la sala de emergencia     Antecedentes y examen físico     Consulta     Operación/procedimiento  
 Informes de análisis de laboratorio/patología     Informes de radiología     Resumen final caso clínico  
 Expedientes del consultorio médico (especifique las clínicas): \_\_\_\_\_  
 Resultado(s) de la prueba de: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Código de Reglamentos Federales, Título 42 Parte 2.** Las regulaciones que se encuentran en el CFR, Título 42, Parte 2 imponen protecciones adicionales sobre la información creada por ciertos programas relacionados con el consumo y tratamiento de alcohol y sustancias. En la medida aplicable a sus registros, estos registros no se incluirán a menos que se añada una autorización por separado.

Esta autorización vencerá el \_\_\_\_\_ o un (1) año después de la fecha de la firma, lo que ocurra primero.

## Formato de divulgación (Papel es la opción predeterminada si no se marca):

- Correo postal de EE. UU.     CD seguro     Recolección     Fax     Portal del paciente  
 Correo electrónico seguro (límite de tamaño de archivo)     Otro: \_\_\_\_\_

## Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- Entiendo que esta autorización es voluntaria y no estoy obligado(a) a firmarla para recibir servicios de atención médica, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo al departamento de Servicios de Gestión de la Información Médica a la dirección que se indica a continuación. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de que el destinatario la vuelva a divulgar, y es posible que la información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad.

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente, tutor o representante autorizado*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, parentesco con el paciente*