

Autorización para la divulgación de información confidencial del/de la paciente: TODAS las secciones de este formulario **deben** ser completada para que sea válido.

Nombre del/de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ # de historial médico de UH _____

Cubre lo períodos de cuidado de salud en:

- UH Truman Medical Ctr – 2301 Holmes Street, KCMO 64108
- UH Behavioral Health – 300 West 19th Terrace, KCMO 64108
- UH Lakewood – 7900 Lee’s Summit Road, Kansas City, MO 64139
- JCHD – 313 S. Liberty St, Independence, MO 64050
- University Health 1 - 2101 Charlotte Street, Kansas City, MO 64108
- University Health 2 - 2211 Charlotte St, Kansas City, MO 64108
- UH Community Care Grain Valley – 1439 SW Minter Way, Grain Valley, MO 64029
- UH Community Care Raytown – 9406 E 63rd St., Raytown, MO 64133
- Eastland Medical Imaging - 19000 E Eastland Center Court Suite 100, Independence, MO 64055
- UH Behavioral Health, LW Counseling - 300 SE 2nd St, Lee’s Summit, MO 64063

Solicito que la información de mi historial médico sea divulgado a:

Nombre: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Fax (si es un doctor): _____

Autorizo a que la información siguiente de mi historial médico sea divulgada:

- Información de la Emergencia
- Informes de laboratorio
- Informes de radiología
- Notas clínicas
- Historia y estado físico
- Resumen de la dada de alta
- Informes operativos
- Notas acerca de mi progreso
- Abstractos (resumen del hospital que incluye informes de los doctores, laboratorio y radiología)

Propósito de la solicitud de la información:

- Legal
- Seguro
- Personal
- Continuación de cuidado
- Otro: _____

Método de entrega:

- Correo (papel)
- Fax
- CD
- Correo electrónico (no es un método seguro y depende del tamaño del historial médico)

Al firmar esta autorización, entiendo que:

- La información de mi historial médico puede incluir informes relacionados con salud mental, enfermedades contagiosas, VIH/SIDA, y/o tratamientos en contra del abuso del alcohol/drogas
- Tengo el derecho de **revocar** esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser hecha por escrito y presentada al “Release of Information department” (Departamento de divulgación de información). La revocación no aplicará a ninguna información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- A menos que sea revocada de otro modo, esta autorización expirará a los seis meses de la fecha en que fue firmada
- Tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no pueden ser condicionados si firmo o no esta autorización
- Cualquier divulgación de información trae consigo el potencial de divulgaciones no autorizadas, y la información puede que no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad

Firma del/de la paciente o representante autorizado/a: _____ Fecha: ____/____/_____

Marque el recuadro si está obteniendo el consentimiento de forma verbal*

Las fechas cubiertas por esta solicitud comenzarán en la fecha que aparece a continuación, hasta la fecha en que esta autorización sea firmada

Nombre del/de la solicitante autorizado/a en letra de molde: _____

Relación con el/la paciente: _____

*Employee Signature: _____ Date: _____

*Witness Signature: _____ Date: _____

***Requerido si se obtiene la autorización por correo o si el/la paciente es físicamente incapaz de firmar el consentimiento**

PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN: Esta información ha sido divulgada a usted de informes cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. La regulación federal de confidencialidad 42 (CFR por sus iniciales en inglés) parte 2 le prohíbe que usted haga cualquier otra divulgación excepto con el consentimiento específico por escrito de la persona a quien atañe. El hecho de que otra persona tenga una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Usted tiene el derecho de ver y recibir copias de ciertas porciones de sus historiales médicos y financieros mantenidos por University Health o nuestros asociados. Usted no puede ver ni recibir copias de ninguna nota de sicoterapia, ya que ese término es definido en la CFR 45, Sec. 164.501, información restringida bajo la enmienda de mejoras de laboratorios clínicos de 1988 (42 U.S.C. § 263a), y algunos otros historiales.
 Truman Medical Center, Incorporated d/b/a University Health cumple con los derechos de las leyes civiles federales y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-816-404-3280 (TTY: 1-816-404-0002)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語音援助服務。請致電 1-816-404-3280 (TTY: 1-816-404-0002)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-816-404-3280 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-816-404-0002)

