AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **N.º de expediente médico:** _____

1. Por la presente, autorizo a UNM Health Sciences Center para que revele información de mi expediente médico en:

[ ] University Hospital
[ ] Children's Psychiatric Hospital
[ ] UNM Medical Group, Inc.
[ ] UNM Psychiatric Center
[ ] UNM Cancer Center
[ ] UNM Sandoval Regional Medical Center
[ ] Carrie Tingley Hospital
[ ] Ambulatory Care Center
[ ] Otro; especifique _____

A: Nombre: _____
Dirección: _____ **Ciudad** _____
Estado: _____ **Código postal:** _____ **Teléfono:** _____ **Fax del centro/proveedor:** _____

¿Quiere un CD/DVD con sus expedientes? Sí/No ¿Quiere un CD/DVD con sus videos/imágenes de radiología? Sí/No

Para: _____

2. Información que se revelará:

[ ] visita/ingreso más reciente
[ ] historia y examen físico
[ ] resumen del alta
[ ] expedientes de terapia física/ocupacional
[ ] reportes de operaciones
[ ] expedientes de clínica ambulatoria
[ ] análisis de laboratorio
[ ] reportes de radiología
[ ] reportes de patología
[ ] expedientes de la ER
[ ] expedientes de salud reproductiva
[ ] registros de vacunas
[ ] expedientes psicológicos
[ ] reportes de consultas
[ ] expedientes del habla y el lenguaje
[ ] todos los expedientes

De los siguientes períodos de atención médica: Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____
Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____

3. <u>Se requieren sus iniciales para revelar la siguiente información; coloque sus iniciales en cada línea de abajo:</u>

_____ Atención/servicios de salud reproductiva.
_____ Análisis de laboratorio.
_____ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) u otras enfermedades de transmisión sexual.
_____ Servicios de salud conductual/atención psiquiátrica.
_____ Tratamiento para el abuso de alcohol o drogas.
_____ Resultados de pruebas genéticas e información relacionada del paciente.

4. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentarla al Departamento de Administración de Información Médica (Health Information Management Department). Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le otorgue el derecho a impugnar un reclamo según mi póliza. A menos que se revoque, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, caso o condición: _____. Si no especifico una fecha de vencimiento, caso o condición, esta autorización vencerá seis meses desde la fecha en que se haya firmado.

5. Entiendo que, una vez revelada la información indicada arriba, el receptor podrá volver a revelarla, y es posible que la información ya no esté protegida por las leyes o reglamentaciones federales de privacidad.

6. Entiendo que autorizar la revelación de esta información médica es voluntario; que puedo negarme a firmar esta autorización y que no es obligatorio hacerlo para recibir tratamiento médico; y que, si autorizo la revelación de esta información médica, tengo derecho a examinar y copiar la información que se revelará. Me darán una copia firmada de esta autorización.

Firma, paciente o representante legal (Relación con el paciente) (Fecha)

Firma del testigo (Fecha) (Padre/madre, si el paciente de Children's Psychiatric Center/Programas para Niños y Adolescentes [Programs for Children and Adolescents] es mayor de 14) (Fecha)

PROHIBICIÓN DE NUEVA REVELACIÓN: Las reglamentaciones federales (42 CFR Parte 2) y leyes estatales (NMSA 1978 N.º 43-1-19, 32A-6A-24-2B-7 y 24-1-9.5) prohíben que se vuelva a revelar a cualquier persona o agencia información sobre salud mental o tratamiento por abuso de alcohol o drogas, y los resultados de pruebas de VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, sin obtener otra autorización adecuada por escrito para ese fin o salvo que lo permitan las reglamentaciones federales o leyes estatales.

Si esta autorización no está completa, firmada y fechada, se devolverá y, como consecuencia, la información no se revelará hasta que esté debidamente completada.

This translation was completed by LanguageLine Solutions.