



FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre del paciente	Apellido del paciente	Fecha de nacimiento MM/DD/YYYY	No. de Seguro Social xxx-xx-xxxx
Dirección del paciente	Ciudad	Estado	Código postal

Yo autorizo el uso y la divulgación de la información de salud de la persona nombrada arriba de la manera en que se describe abajo. Las siguientes personas u organizaciones están autorizadas a hacer una divulgación.

El tipo y cantidad de la información a usarse o divulgarse es la siguiente: (incluya fechas donde apliquen)

AUTORIZADO	CATEGORÍA	DE FECHA	A FECHA
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lista de problemas		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lista de medicamentos		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lista de alergias		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lista de vacunas		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Historia clínica y examen físico más recientes		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dada de alta más reciente		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Radiografías y otros informes de imagenología		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Informes de laboratorio		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Informes de consultas		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Todo el expediente médico		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros expedientes:		

Yo entiendo que la información de mi expediente médico podría incluir información sobre la enfermedad de transmisión sexual del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Esta información podría divulgarse a Nevada Heart and Vascular Center (NHVC) y todos sus médicos y entidades. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, que debo hacerlo por escrito y entregar esta revocación al Departamento de Expedientes Médicos. Entiendo que esta revocación no aplica a la información ya divulgada en respuesta a la autorización. Entiendo que la revocación no aplicará a mi seguro médico cuando la ley provee a mi asegurador el derecho de disputar una reclamación bajo mi póliza. A menos que se revoque, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento o condición:

Condición: _____.

Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización se vencerá en un año. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntaria. Yo puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar esta autorización para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar una copia de la información a divulgarse conforme con el CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de la información lleva el potencial de una divulgación nueva no autorizada y la información podría no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo contactar al Departamento de Expedientes Médicos de NHVC.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Representante legal, relación con el paciente

Fecha



PR 400.005