

# **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

**Si está enviando esta solicitud por correo, POR FAVOR envíe una copia de alguna identificación con fotografía junto con la autorización.**

Este formulario debe ser enviado por el paciente o un representante autorizado para solicitar la revisión o copias de la información protegida de salud.

1. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Otro(s) nombre(s): \_\_\_\_\_

Dirección completa: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

2. (Por favor seleccione uno) Deseo: \_\_\_\_\_ Revisar el registro \_\_\_\_\_ Obtener copias del registro (se aplican cargos)

3. Fechas del servicio: \_\_\_\_\_

4. Deseo revisar u obtener copias de la siguiente información (seleccione todas las que correspondan):

- Resumen del alta     Informes operativos
- Historial y físico     Informes de consultas
- Notas de progreso     Otro; Especifique: \_\_\_\_\_
- Informes de radiología
- Imágenes en CD (requiere notificación previa de 24 horas)
- Informes de laboratorio
- Informes de patología
- Registros psiquiátricos o de abuso de sustancias (BEH)
- Documentación de la sala de emergencias

5. Motivo de la solicitud: \_\_\_\_\_

6. Si es necesario que otra persona recoja las copias:

Nombre: \_\_\_\_\_

7. Solicito a Wise Health System (WHS) brindarme el acceso a mi información protegida de salud (o del paciente) según lo descrito anteriormente. Entiendo que:

- La información liberada puede contener información relacionada con una infección del VIH o SIDA; abuso de alcohol o drogas; salud mental o del comportamiento o atención psiquiátrica, excepto las notas de psicoterapia.
- WHS se reserva el derecho de verificar mi identidad o tutela.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento a través de una cancelación por escrito. Entiendo que esta cancelación no se aplicará a la información que ya se haya liberado en respuesta a esta autorización. A menos que se haya cancelado de otro modo, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_. Si no llego a especificar una fecha, evento o condición, esta autorización vencerá en 90 días.
- Si tengo alguna pregunta relacionada con la divulgación de mi información de salud, puedo ponerme en contacto con Kimberly Danielson, Funcionario de privacidad, en el teléfono 940-626-2433

Firma del paciente o de su representante legalmente autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

8. Por favor enviar copias por correo a (dirección):

Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Favor enviar por correo a: Wise Health System**

**609 Medical Center Dr. Decatur, TX 76234**