AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

800 E. 9th Avenue I Truth or Consequences, NM I 87901
Teléfono: 575.894.2111 I Fax: 575.894.3718

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ NHC _____

Fecha de nacimiento: _____ N.° de Seguro Social _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Código postal:_____

AUTORIZO A _____ **A DIVULGAR REGISTROS A:** (si no es la propia persona)

_____ _____
PERSONA U ORGANIZACIÓN DIRECCIÓN

_____ _____
CIUDAD / ESTADO NÚMERO DE TELÉFONO / NÚMERO DE FAX

Información a ser divulgada: **FECHAS:**

Estadía como paciente hospitalizado _____

Visita a la sala de emergencias _____

Informe(s) quirúrgico(s) _____

Informe(s) de laboratorio _____

Informe(s) de rayos X _____

CD (rayos X, TC, IRM) _____

Salud conductual _____

Otros (especificar) _____

Esta información se utilizará para los siguientes fines:

ENCIERRE UNO EN UN CÍRCULO:

Atención continua Legal Seguro Personal Escuela

Servicios de SS/discapacidad Servicio militar Otro

Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con:

- ☐ Abuso de sustancias (incluido el abuso de alcohol y drogas) (Información adjunta)
- ☐ Salud mental (incluidas notas de psicoterapia) (Información adjunta)
- ☐ Información relacionada con el VIH (pruebas relacionadas con el SIDA)
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Salud reproductiva

X _____ _____
Firma del paciente o del tutor legal Fecha

Esta información le ha sido divulgada procedente de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe divulgar nuevamente dicha información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que esta le pertenece, o según lo permita la ley estatal. La persona que divulgue esta información sin autorización será culpable de un delito menor y será condenada a una pena de prisión en la cárcel del condado por un período determinado que no excederá los seis meses o al pago de una multa de no más de quinientos dólares ($500), o a ambos.

(Hay más información disponible previa solicitud.)

1. Comprendo que esta autorización caducará a los (365) días a partir de la fecha de mi firma o de la fecha indicada aquí _____.
2. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a la organización proveedora, y que dicha revocación entrará en vigor en la fecha de notificación, salvo en la medida en que ya se hayan tomado medidas antes de dicha fecha.
3. Comprendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
4. Al firmar esta autorización, comprendo que ni mi atención médica ni el pago por la misma se verán afectados si decido no firmar.
5. Comprendo que puedo ver u obtener una copia de la información descrita en este formulario si lo solicito, y que puedo obtener una copia de este formulario después de firmarlo.

_____ _____ _____
Firma del paciente o del representante legalmente autorizado fecha Relación con el paciente

_____ _____ _____
Firma del testigo Fecha Firma del proveedor

FOR OFFICE USE ONLY

Account Number(s) Date(s) of Service

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Number of pages copied: _____

Date of Release:_____

Released by:_____

Patient pick up _____

Mailed _____

Faxed _____

Charge$_____ No Charge_____

EL CEDENTE TAMBIÉN AUTORIZA LA DIVULGACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LAS AFECCIONES QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN:

REGISTROS RELACIONADOS CON EL ABUSO DE DROGAS, ALCOHOL O SUSTANCIAS

Todas y cada una de las historias clínicas del paciente, incluyendo, entre otros, informes, material documental y material tangible que se relacione de alguna manera con ABUSO DE DROGAS/ALCOHOL/SUSTANCIAS, incluyendo cualquier información que pueda estar protegida por la ley federal de conformidad con la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés). La información relacionada con esta sección se divulgará de conformidad con la Parte 2, Subparte C, del Título 42 del CFR. Dicha información, cuando se divulgue, irá acompañada de la siguiente declaración:

Esta información le ha sido divulgada procedente de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (Parte 2 del Título 42 del CFR). Las normas federales le prohíben divulgar nuevamente esta información, a menos que dicha divulgación esté permitida de manera expresa por el consentimiento por escrito de la persona a la que le pertenece o según lo permita la Parte 2 del Título 42 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o procesar a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

REGISTROS RELACIONADOS CON SALUD EMOCIONAL/MENTAL/DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO/AFECCIONES PSIQUIÁTRICAS

Todas y cada una de las historias clínicas del paciente, incluyendo, entre otros, informes, material documental y material tangible que se relacione de alguna manera con SALUD EMOCIONAL/MENTAL/DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO/AFECCIONES PSIQUIÁTRICAS, incluyendo cualquier información que pueda estar protegida por la ley estatal y que pueda ser divulgada de conformidad con la Sección 43-1-19 de los Estatutos de Nuevo México Anotados (NMSA, por sus siglas en inglés) de 1978 o la Sección 32A-6-15 de la NMSA de 1978.

En la medida en que este consentimiento para divulgar información se aplique a esta sección, comprendo que tengo derecho a acceder a la información confidencial sobre mí mismo y que tengo derecho a copiar cualquier información y a presentar declaraciones aclaratorias o correctivas y cualquier otra documentación de extensión razonable para su inclusión en la información confidencial (según lo autorizado por la Sección 43-1-19 de los NMSA de 1978 y la Sección 32A-6-15 de los NMSA de 1978).

REGISTROS RELACIONADOS CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Todas y cada una de las historias clínicas del paciente, incluyendo, entre otras, informes, material documental y material tangible que se relacione de alguna manera con la INFECCIÓN O PRUEBAS DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O LA INFECCIÓN O PRUEBAS DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), incluida cualquier información que pueda estar protegida por la legislación estatal y que pueda ser divulgada de conformidad con la Ley de Pruebas del Virus de Inmunodeficiencia Humana de Nuevo México, Sección 24-2B-1 *y siguientes* de los NMSA de 1978. Esta información se divulgará de conformidad con la Sección 24-2B-7 de los NMSA 1978, y esta autorización para divulgar información al destinatario mencionado arriba irá acompañada de una divulgación sustancialmente similar a la siguiente:

Esta información le ha sido divulgada procedente de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe divulgar nuevamente dicha información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que esta le pertenece, o según lo permita la ley estatal. La persona que divulgue esta información sin autorización será culpable de un delito menor y será condenada a una pena de prisión en la cárcel del condado por un período determinado que no excederá los seis meses o al pago de una multa de no más de quinientos dólares ($500), o a ambos.

El cedente comprende que la declaración anterior relativa a esta sección informa al destinatario sobre la administración de una prueba del VIH o sobre los resultados de dicha prueba y, salvo lo dispuesto en la Ley de Pruebas del Virus de la Inmunodeficiencia Humana de Nuevo México, es ilegal revelar los resultados a cualquier otra persona. El cedente reconoce que Sierra Vista Hospital no tiene ninguna otra obligación legal ni capacidad para limitar la divulgación de dicha información sobre los resultados de las pruebas por parte del destinatario de la información.

REGISTROS RELACIONADOS CON ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Todas y cada una de las historias clínicas del paciente, incluyendo, entre otras, informes, material documental y material tangible que se relacione de alguna manera con ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, incluyendo cualquier información que pueda estar protegida por la ley estatal y que pueda ser divulgada de conformidad con la Sección 24-1-9.4 *y siguientes* de los NMSA de 1978. Esta información se divulgará de conformidad con la Sección 24-1-9.5 de los NMSA de 1978, y esta autorización para divulgar información al destinatario mencionado arriba irá acompañada de una divulgación sustancialmente similar a la siguiente:

Esta información le ha sido divulgada procedente de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe divulgar nuevamente dicha información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que esta le pertenece, o según lo permita la ley estatal. La persona que divulgue esta información sin autorización será culpable de un delito menor y será condenada a una pena de prisión en la cárcel del condado por un período determinado que no excederá los seis meses o al pago de una multa de no más de quinientos dólares ($500), o a ambos.