



ORTHOPAEDIC AND SPINE INSTITUTE

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Paciente:

Nombre del paciente/Nombres usados anteriormente

Fecha de nacimiento/ N° del Expediente Médico

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Autoriza:

Nombre del Profesional Médico/Plan/Otro

Revelación de Información Médica Protegida a:

Nombre del Profesional Médico/Plan/Otro

Dirección

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Información que será revelada:

Historia clínica, Revisión Médica, Reportes Médicos

Reportes Quirúrgicos

Vacunas

Tratamiento o Estudios

Expedientes del Hospital,
incluyendo reportes

Reportes de Rayos X

Historial de Alergias

Reportes de Laboratorio

Recetas médicas

Consultas

Expediente completo

Otros (Especifique): _____

Motivo por el cual se necesita revelar dicha información: (Escoja las categorías que se aplican)

Recibir más Atención Médica

Investigación Judicial o Acción Legal

Razones personales

Criterios de Elegibilidad del
Seguro/Beneficios

Cambiar médicos

Otro (Especifique): Coordinación con el proceso para referir pacientes y para el cuidado médico y/o tratamiento

Yo entiendo que si la persona(s) y/o entidad(es) mencionadas anteriormente no son profesionales médicos, planes de seguro médico o centros de intercambio de información sobre servicios médicos, quienes deben seguir los estándares federales de privacidad, la información revelada como resultado de mi autorización no va a ser protegida por los estándares federales de privacidad y mi información médica se puede revelar nuevamente sin mi autorización.

Sus Derechos con respecto a esta Autorización:

Derecho a Inspeccionar o Copiar la Información Médica que se usará o se revelará – Yo entiendo que tengo el derecho a inspeccionar o copiar la información médica que yo he autorizado sea usada o revelada de acuerdo a este formulario de autorización. Yo puedo hacer arreglos para inspeccionar/leer mi información médica u obtener copias de mi información médica contactando al INSTITUTO ORTOPÉDICO Y DE COLUMNA VERTEBRAL (ORTHOPAEDIC & SPINE INSTITUTE). **El derecho a recibir una copia de esta autorización** – Yo entiendo que en dado caso que esté de acuerdo en firmar esta autorización, el cual no es obligatorio, debo ser proporcionado(a) con una copia firmada de dicho formulario. **Derecho a negarse firmar esta autorización** – Yo entiendo que no tengo obligación de firmar este formulario y que la persona(s) y/o entidad(es) mencionadas anteriormente, a las cuales estoy autorizando el uso y/o revelación de mi información médica, no pueden condicionar mi tratamiento, pago, inscripción a un plan de salud o elegibilidad por beneficios de salud basado en mi decisión de firmar esta autorización. **Derecho a cancelar esta autorización** – Yo entiendo que se necesita una notificación escrita para cancelar esta autorización. Para obtener información de cómo cancelar mi autorización o para recibir una copia de mi cancelación, puedo comunicarme con: INSTITUTO ORTOPÉDICO Y DE COLUMNA VERTEBRAL (ORTHOPAEDIC & SPINE INSTITUTE) al 210-487-7463. Estoy consciente que mi cancelación no se aplicará a los usos y/revelaciones de mi información médica a la persona(s) y/o entidad(es) mencionadas anteriormente que ya han hecho en referencia a esta autorización.

Fecha de vencimiento: Esta autorización es válida hasta la siguiente fecha(s) _____ o por un año a partir de la fecha en que fue firmada.

He tenido la oportunidad de leer y entender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, estoy confirmando que refleja mi voluntad de manera acertada.

Firma del Paciente o Representante Legal: _____ **Fecha:** _____

(Si es firmada por otra persona, mencione el parentesco/ el tipo de autoridad que tiene para hacerlo)

Testigo: _____