

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR  
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**Únicamente para uso interno:**

Núm. de registro médico: \_\_\_\_\_

Núm. de institución financiera: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apellido de soltera/Otro nombre)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección completa (calle o apartado de correos, ciudad, estado, código postal)

Esta información se utilizará para los siguientes fines:  Propios  De atención médica  Legales  De discapacidad  
 De compensación del empleado  De beneficios/elegibilidad para el seguro  
 Otro \_\_\_\_\_

**Por el presente autorizo a la(s) entidad(es) de St. Vincent's nombradas a continuación a  divulgar  recibir información de de o desde:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Método de divulgación:**

Correo  Retiro (se requiere identificación con fotografía)  Medio electrónico seguro (si corresponde, unidad de memoria o correo electrónico seguro: \_\_\_\_\_)

**Marque las siguientes casillas para indicar los registros que solicita:**

St. Vincent's Medical Center  St. Vincent's – Westport Campus  Family Health Center  
 Wound Center Care  Outpatient Behavioral Health: ( ) Norwalk ( ) Bridgeport  
 Urgent Care Center: ( ) Bridgeport ( ) Shelton ( ) Monroe ( ) Fairfield ( ) Milford ( ) Stratford  
( ) Trumbull ( ) Otro: \_\_\_\_\_  
 Multispecialty Group: Nombre del médico: \_\_\_\_\_

**Contenido de divulgación: Fecha(s) del servicio solicitado: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_**

<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Informes de radiología
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico:	<input type="checkbox"/> Informes de pacientes hospitalizados, incluidos los pacientes psiquiátricos
<input type="checkbox"/> Informes de consultas	<input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio
<input type="checkbox"/> Informes del Departamento de Emergencias	<input type="checkbox"/> Muestras de patología
<input type="checkbox"/> Notas del Departamento de Rehabilitación	<input type="checkbox"/> Pacientes externos
<input type="checkbox"/> Notas de Salud del Comportamiento para Pacientes Externos	<input type="checkbox"/> Registro completo
<input type="checkbox"/> Filmaciones/imágenes de radiología	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	





**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR  
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**Únicamente para uso interno:**  
**Núm. de registro médico:** \_\_\_\_\_  
**Núm. de institución financiera:** \_\_\_\_\_

Entiendo que la información en mis registros de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información acerca de servicios de salud mental o conductual, y acerca de tratamientos para el abuso de alcohol o drogas (cualquier informe que contenga esta información necesita la firma de la persona mayor de 13 años para aceptar la divulgación de informes).

No divulgar la siguiente información:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, y debo hacerlo por escrito y presentar esta revocación por escrito ante el Departamento de Servicios de Información Médica (Health Information Services Department). Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que esta revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de refutar un reclamo en virtud de mi póliza. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización caducará en 365 días o en la fecha, acontecimiento o condición que se estipula a continuación:

\_\_\_\_\_  
(Elabore una lista del acontecimiento, fecha o condición específicos)

Entiendo que la autorización para la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para garantizar mi tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o hacer copias de la información que se usará o divulgará, de conformidad con el Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación no autorizada posterior, y es posible que la información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Departamento de Servicios de Información Médica. Entiendo que existe un cargo por las copias de acuerdo con la ley de Connecticut.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado

Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el paciente si no firma el paciente: \_\_\_\_\_

Motivo por el cual el firmante no es el paciente: \_\_\_\_\_

Debe proporcionar prueba de autoridad (excepto en el caso de los padres de un menor)

Identificado y validado por: (Empleado de St. Vincent's): \_\_\_\_\_

Verificado por: (Tipo de identificación) \_\_\_\_\_

