



SISTEMA DE SALUD 'SINAI'

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:		Expediente No. #	
No. de seguro social (opcional):		Nombre del recipiente:			
Entidad: (marque todo el que aplique) <input type="checkbox"/> Hospital 'Mt. Sinai' <input type="checkbox"/> Centro de Rehabilitación 'Schwab' <input type="checkbox"/> Grupo Medico 'Sinai'		Dirección			
		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Esta autorización vence en la siguiente fecha u evento: (Llene la fecha o el evento, pero no ambos.)					
Fecha:		Evento:			
Autorizo la divulgación de la información para el siguiente propósito: <input type="checkbox"/> Mis archivos personales <input type="checkbox"/> Compartir información con otros proveedores de salud según sea necesario <input type="checkbox"/> Propósitos de mercadeo (por favor detalle aquí abajo) <input type="checkbox"/> Otro (por favor detalle):				Aseguranza: _____ _____ _____	
Si la información se va a usar para propósitos comerciales, ¿recibirá el recipiente una compensación financiera o su equivalente a cambio del uso o divulgación de esta información? Si si, favor entre en detalle:					
Descripción de la Información a divulgarse					
¿Pide sus apuntes de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Si si, sólo puede pedir esto usando esta autorización. Debe someter otra autorización para cualquier otro artículo. <input type="checkbox"/> Si no, entonces puede marcar los artículos aquí abajo que usted desee.					
Descripción:		Fecha(s):	Descripción:		Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Constancia de vacunas <input type="checkbox"/> Historial y examen físico mas recientes <input type="checkbox"/> Resumen de alta reciente <input type="checkbox"/> Informe operativo			<input type="checkbox"/> Radiografía y/ o informe de imágenes (por favor detallar) _____ _____ <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio (por favor detallar) _____ _____ _____		
			<input type="checkbox"/> Informe de consulta (por favor escribir nombre del médico) _____ <input type="checkbox"/> Expediente entero <input type="checkbox"/> Otro (por favor detallar) _____ _____ _____		
Yo reconozco y doy mi consentimiento que la divulgación de la información puede contener información sobre alcohol, abuso de droga, historial psiquiátrico, pruebas de VIH, resultados de pruebas de VIH o información acerca del SIDA. _____ (Inicial)					
YO ENTIENDO QUE:					
1. Yo entiendo que la autorización de uso y / o divulgación de la información aquí identificada es totalmente voluntaria, y que no hay necesidad de firmar esta hoja para asegurar un tratamiento de salud. 2. Yo entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización a cualquier hora. Entiendo que si la revoco, debo hacerlo por escrito y presentarla al departamento administrativo de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicara a la información que ya ha sido divulgada al responder a esta autorización. Entiendo que la revocación no es aplicable a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue el derecho de pelear una demanda hecha bajo mi póliza. 3. Yo entiendo que una vez divulgada, la información recibida puede volver a divulgarse mediante el recipiente, y ya no gozará de protección bajo las leyes o reglamentos federales de privacidad. 4. Yo entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información aquí descrita al pedirla y pagar una cuota razonable para ello. 5. Recibiré una copia de esta hoja después de firmarla.					
He leído la información aquí arriba y autorizo la divulgación de la información protegida de salud tal como se ha detallado arriba.					
Firma del Paciente / Guardián / Representante del paciente:				Fecha:	
Nombre del representante del paciente en letra de molde				Parentesco al paciente:	