



8880 W. Sunset Rd., # 320, Las Vegas, NV 89148
Fax: 702-940-7576

Autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI)

Esta solicitud de divulgación de registros médicos será rechazada si no se completa en su totalidad.

Nombre del paciente: _____ Número de historia clínica: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo el uso o la divulgación de la información médica protegida de la persona mencionada anteriormente, tal como se detalla a continuación:

1 El tipo y la cantidad de información que se empleará o se revelará son los siguientes:

Incluya las fechas cuando sea pertinente – **Desde (fecha):** _____ **Hasta (fecha):** _____

Registro completo, o:

- Lista de fármacos Registros de vacunación Notas del proveedor
- Resultados analíticos Informes de radiografías/Dexa Informes de cardiología
- Otros: _____

2 Por favor, indique sus iniciales para que se publique la siguiente información, incluso si ha seleccionado "Registro completo" arriba.

- _____ Información sobre el HIV _____ Información sobre salud mental y psiquiátrica
- _____ Conducta adictiva _____ Resultados de análisis genéticos
- _____ Historial de maltrato infantil y doméstico _____ Abuso de sustancias
- _____ Enfermedades infecciosas y de transmisión sexual

Nota: La información relacionada con el diagnóstico o tratamiento del abuso de sustancias requiere la cumplimentación del Consentimiento para la divulgación de información médica confidencial conforme a 42 C.F.R. Parte 2: Confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas.

3 Motivo de la solicitud: (seleccione una opción)

- Asistencia sanitaria Seguro Personal Abogado Otro _____

4 Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si revoco debo realizar esta autorización por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Gestión de Información de Salud. Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en virtud de esta autorización. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición:

Si se deja vacío, esta autorización expirará en seis meses.



8880 W. Sunset Rd., # 320, Las Vegas, NV 89148
Fax: 702-940-7576

Autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI)

5 Esta información debe ser divulgada a Solicitante La persona u organización siguiente

Nombre	Número telefónico	Número de facsímil
Dirección:		Ciudad, Provincia, Código Postal

6 Entiendo que la autorización para la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo rechazar la firma. Esta autorización. No es necesario que firme este formulario para garantizar el tratamiento. Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar o solicitar una copia de la información que se utilizará o divulgará, conforme a lo establecido en CFR 164.524. Reconozco que cualquier divulgación de información implica la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normativas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo ponerme en contacto con el Departamento de Gestión de Información Médica y solicitar una copia del Aviso de Privacidad.

7 Deseo recibir esta información en Papel

Firma del paciente: _____ Fecha de la rúbrica

Firma del padre, tutor o representante (si es necesario): _____ Fecha de la rúbrica
(Si actúa como representante personal, adjunte la documentación correspondiente)

Enviado a: _____
Por: _____
Fecha: _____
Completado: ____S ____N
Escaneado por: (inicial) _____
Identificación con fotografía validada por: _____

NOTA: Se aplicará un cargo de \$0.60 por página para las copias de registros, salvo que la información se comparta con un centro médico. Por favor, espere de 7 a 10 días hábiles a partir de la fecha de recepción por parte del Departamento de Registros Médicos. Teléfono: 702-776-7968, de lunes a viernes, de 8:00 a 16:00.

Astrana Care no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, género, edad o discapacidad en sus programas y actividades de salud.