

1. Información del paciente	NOMBRE _____ Nombre(s) anterior(es) _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono diurno _____ Correo electrónico _____		
2. ¿Proveedor de atención médica, clínica u hospital que tiene la información que desea que se divulgue?	NOMBRE/ORGANIZACIÓN _____ Teléfono _____ Dirección _____ Fax / Correo electrónico _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____		
3. ¿A dónde desea que se envíe la información?	NOMBRE/ORGANIZACIÓN _____ Atención _____ Dirección _____ Teléfono _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Fax / Correo electrónico _____		
4. ¿Por qué es necesario?	☐ Atención continua ☐ Indemnización por accidente de trabajo ☐ Legal ☐ Solicitud de seguro ☐ Escuela ☐ Uso personal ☐ Otras _____		
5. ¿Cuáles son las fechas aproximadas de la información que desea que se divulgue? ¿Qué desea que se divulgue?	Fechas de servicio entre _____ a _____ Selecione los registros que desea divulgar: ☐ Consulta de control preventivo reciente, registros de mantenimiento de la salud (colonoscopia, densitometría, Papanicolaou, mamografía), análisis de laboratorio más recientes de los últimos dos años ☐ Registros de ingreso hospitalario ☐ Historia clínica y exámenes físicos ☐ Informes de operaciones/procedimientos ☐ Informes de emergencias ☐ Consultas ☐ Otros (especifique contenido y fechas) _____ ☐ Notas de visita a consultorio ☐ Informes de laboratorio y patología ☐ Pruebas de VIH/SIDA/ETS ☐ Informes de radiología ☐ Vacunas ☐ Otros resultados de pruebas de diagnóstico ☐ Apuntes sobre salud conductual ☐ Informes sobre dependencia química/abuso de sustancias ☐ Ingreso a salud conductual ☐ Ingreso por abuso de sustancias		
	La información relacionada con el abuso de alcohol o drogas o la salud conductual se divulgará si así se solicita a menos que usted lo restrinja al <u>firmar con sus iniciales</u> : _____ No divulgar información sobre el abuso de alcohol o drogas _____ No divulgar información sobre salud conductual _____ No divulgar información sobre pruebas de VIH/SIDA/ETS		
7. ¿Cómo quiere la información?	Método de divulgación / Formato solicitado: Para obtener copias: ☐ MyAspirus ☐ Correo electrónico: _____ ☐ Fax ☐ Otros: _____ ☐ Verbal (sin copias)		
❖ Esta autorización tendrá validez por un año a partir de la fecha de firma o cuando ocurra el siguiente evento (especifique): _____ ❖ Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita dirigida a la organización proveedora en cualquier momento, excepto en la medida en que la autorización se haya aplicado antes de la revocación. ❖ Comprendo que la información que se use o divulgue de conformidad con esta autorización puede estar expuesta a una nueva divulgación por parte del destinatario y que ya no estará protegida por las normas federales de privacidad. ❖ Entiendo que Aspirus Health no puede supeditar mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios a que yo firme esta autorización. ❖ Comprendo que se pueden aplicar aranceles para procesar la solicitud de mi historia clínica. Entiendo que, en cumplimiento de la Ley de Minnesota 144.292 y del Código Administrativo de Wisconsin HHS117, es posible que se me exija pagar un arancel por la obtención y las fotocopias de los registros o por la inspección de supervisión de las historias clínicas. No se cobra por los registros solicitados por y divulgados a otras organizaciones de atención médica. Consulte www.aspirus.org para obtener más detalles sobre los aranceles aplicados. ❖ Entiendo que una fotocopia o fax de este formulario es lo mismo que el original. ❖ La información divulgada está protegida por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) y está destinada únicamente para el uso confidencial del solicitante. Las normas federales prohíben estrictamente que cualquier persona haga divulgaciones adicionales de la información contenida en este registro que identifique a un paciente que tenga o haya tenido un trastorno por consumo de sustancias, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por la autorización escrita de la persona a la que pertenece o, de otro modo, según lo permita 42 CFR Parte 2. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a un paciente que presente abuso de alcohol o drogas.			
8. Se requiere la firma del paciente y la fecha para divulgar los registros. Si firma una Persona autorizada debe incluir la documentación legal.	_____ Firma del paciente _____ Fecha	_____ Firma de la Persona autorizada: ☐ Padre o madre de un menor ☐ Tutor/custodio designado por el tribunal <i>Incluya la documentación legal</i> _____ Fecha	