



**MANEJO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD  
AUTORIZACIÓN DEL USO Y LA  
REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE  
SALUD**

Medical Record#
Acct. #.

<b>Información del Paciente</b>	Nombre completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
	Aparto Postal: _____ NSS _____
	Ciudad/Estado/CP _____ Teléfono: _____
	Apellido de soltera/otro apellido/apodo: _____

<b>Proveedor Médico que revela la información</b>	Nombre del proveedor médico: _____ O Sioux Center Health:
	Dirección: _____ <input type="checkbox"/> Clínica Médica
	Ciudad/Estado/CP _____ <input type="checkbox"/> Hospital
	Teléfono: _____ Fax: _____ <input type="checkbox"/> Clínica médica y hospital

<b>Receptor de la información revelada</b>	Nombre del receptor/hospital: _____
	Dirección: _____ Teléfono: _____
	Ciudad/Estado/CP _____ Fax: _____

<b>Información por revelarse</b>	<input type="checkbox"/> Notas de la clínica <input type="checkbox"/> Notas de progreso del hospital <input type="checkbox"/> Informe de ECG/Cardiología <input type="checkbox"/> Informe de Radiología <input type="checkbox"/> Apuntes de la sala de emergencia <input type="checkbox"/> Historial y Reconocimiento Físico <input type="checkbox"/> Resumen del egreso del hospital	<input type="checkbox"/> Informe operativo <input type="checkbox"/> Historial de inmunización <input type="checkbox"/> Tratamiento para la drogadicción y dependencia alcohólica <input type="checkbox"/> Datos del laboratorio <input type="checkbox"/> Informe patológico <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica <input type="checkbox"/> Información de paciente externo	<input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Notas de Terapia Física <input type="checkbox"/> Apuntes de cuidado urgente <input type="checkbox"/> Todos los Antecedentes <input type="checkbox"/> Otro (Favor de especificar)
----------------------------------	---	---	--

<b>Fechas de servicio</b>	A partir del: _____ hasta el _____
	Con respecto a (diagnosís o tratamiento específico, accidente de vehículo, etc.) _____

<b>Propósito de la revelación de información</b>	<input type="checkbox"/> Continuación de Cuidado Médico <input type="checkbox"/> Reclamo de Seguro <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar) _____	<input type="checkbox"/> Consulta/segunda opinión <input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Cambio de Domicilio <input type="checkbox"/> Personal
--	---	---	---

**Yo autorizo en buena fe que *Sioux Center Health* revele esta información respecto a las siguientes categorías:**

- Abuso de sustancias   
  Salud Mental   
  Información relacionada con el VIH

<b>Autorización</b>	<p>Entiendo que en cualquier momento se me permite revocar esta autorización por medio de un aviso escrito entregado a <i>Sioux Center Health</i>, 1101 9<sup>th</sup> St SE, Sioux Center, IA 51250. Entiendo que esta revocación no abarcará la información ya revelada en respuesta a esta autorización o a mi compañía de seguros cuando la ley le ceda el derecho a la misma de disputar un reclamo bajo mi póliza. A no ser que sea revocada esta autorización, se vencerá en la siguiente fecha/evento/bajo la siguiente condición _____.</p> <p>Si no especifico la fecha de vencimiento, esta autorización vencerá a un año desde la fecha susodicha, para todos los antecedentes generados como resultados de los servicios que hubieren ocurrido en esta fecha o antes.</p> <p>Entiendo que el autorizar la revelación de esta información es un acto voluntario y me está permitido rehusar firmar la misma. No es necesario que yo firme este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que me está permitido inspeccionar y obtener copias de la información que será utilizada y revelada, así como está escrito en 45 CPR164.524. Entiendo que toda revelación conlleva la posibilidad de una revelación no autorizada y pueda que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad.</p>
	<p>Firma del Paciente o Representante Legal _____ Fecha _____</p>
	<p>De ser firmada por un Representante Legal, relación al paciente _____ Firma del testigo _____</p>

<input type="checkbox"/> envío por correo    Enviado por _____ fecha _____ <input type="checkbox"/> en persona    Entregado por _____ fecha _____ <input type="checkbox"/> envío por fax    Faxeado por _____ fecha _____
---