



**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: _____
	Dirección: _____
	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 ambulatorio	<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 (diagnosis 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>	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 _____. 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.	
	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.	
	_____ Firma del paciente o representante legal	_____ Fecha
	_____ De ser firmada por un representante legal, relación al paciente	_____ Firma del testigo

<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 _____
---