



SH 48 AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN/ DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y/O DE SALUD CONDUCTUAL

48 S MR



48

Place Patient Sticker Here

Patient Name: _____ DOB: _____

RR DONNELLEY

Nombre del paciente (en letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono de horario de oficina del paciente (_____) _____

Esta autorización permite a UR Medicine (marque todo lo que corresponda):

ENVÍE copias de su expediente a (o comente su información con) el proveedor/persona/centro médico que se indica a continuación

RECIBIR copias de su expediente a (o comente su información con) el proveedor/persona/centro médico que se indica a continuación

Nombre del proveedor/persona/centro médico: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Núm. de Fax: (_____) _____

Propósito de esta solicitud: Atención médica o cita en la FECHA: _____ Seguro Otro

Tipo de expedientes o información solicitada (marque todo lo que corresponda):

Expedientes de tratamiento de salud mental Expedientes de tratamiento de alcohol/drogas

FF Thompson Hospital Highland Hospital Jones Memorial Hospital Nicholas Noyes Hospital

St. James Hospital Strong Memorial Hospital University of Rochester Home Care

La revelación/divulgación de información relacionada con el VIH requiere una autorización adicional en el formulario DOH2554 u OCA 960 del estado de Nueva York

Admisión(es)/fecha(s) de hospitalización _____

marque UNA de las tres opciones siguientes si solicita los expedientes de hospitalización:

Resumen del tratamiento (incluye el resumen del alta, el historial/físico, las pruebas de laboratorio, los informes de radiografías, los informes operativos, la patología)

Información o informes específicos (describalos): _____

Otro (describa): _____

Consultas externas/en el consultorio: FECHA(S): _____ y/o enfermedad/lesión específica: _____

Marque el tipo de consulta externa que se va a liberar:

Consulta clínica/médica/dental Consulta de cirugía ambulatoria Expediente del Servicio de Urgencias Informe(s) radiológico

Resultados de los análisis de laboratorio Vacunas Expediente(s) de terapia física/ocupacional

Otro (describa): _____

AUTORIZACIÓN VÁLIDA PARA: (si no se hace ninguna selección, esta autorización es válida solo para esta solicitud)

Solo esta solicitud

Un año a partir de la fecha de esta autorización O (introducir fecha): _____ – esta autorización se aplica a los expedientes del tratamiento recibido en o antes de la fecha de esta autorización.

Esta solicitud y los expedientes de cualquier tratamiento futuro del tipo descrito anteriormente hasta (introducir fecha): _____

Entiendo que:

- Mi derecho a recibir tratamiento médico no está condicionado a esta autorización, excepto en circunstancias muy limitadas (p. ej., tratamiento de dependencia química o de salud mental que no sea de emergencia).
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al enviar una solicitud por escrito a la dirección proporcionada en la parte superior de este formulario, excepto cuando ya se haya hecho una divulgación en virtud de mi proveedor de seguros.
- Si la persona o el centro médico que recibe esta información no es un proveedor de seguro médico o de atención médica cubierto por las regulaciones de privacidad, la información mencionada anteriormente podría divulgarse nuevamente, excepto que los expedientes de tratamiento de dependencia química protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad 42C R Parte 2 no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.
- Puede haber un cargo por los expedientes solicitados.
- Los expedientes médicos solicitados anteriormente pueden enviarse por fax en casos de necesidad médica.

Firma del paciente o del representante: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si firma como representante autorizado): _____

Distribución. Original para el expediente médico. Copiar al paciente si es necesario. Esta autorización debe conservarse durante un mínimo de seis años después de los límites de validación.

Rev. 2/2022

8302118982