

# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Servicio de copias brindado por: **HealthPort Technologies • 120 Bluegrass Valley Pkwy, Alpharetta, GA 30005 • Tel.: 800-367-1500**

\_\_\_\_\_  
(Nombre completo del paciente en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
Número de seguro social

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_  
Teléfono (casa)

A solicitud de la persona, yo \_\_\_\_\_, por medio de la presente autorizo a **The George Washington University Hospital** a que divulgue: (nombre completo del paciente)

\_\_\_ RESUMEN DEL ALTA

\_\_\_ INFORMES DE PATOLOGÍA

\_\_\_ INFORMES DE EMERGENCIA

\_\_\_ HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES FÍSICOS

\_\_\_ INFORMES DE LABORATORIO

\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

\_\_\_ NOTAS DE EVOLUCIÓN

\_\_\_ INFORMES DE RADIOLOGÍA

\_\_\_ NOTAS OPERATIVAS

\_\_\_ ECG/EEG/CATETERISMO CARD.

\_\_\_ Autorizo \_\_\_ NO autorizo a divulgar la información relacionada con el SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o el VIH (Virus de inmunodeficiencia humana), la atención psiquiátrica y/o la evaluación psicológica y el tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas.

## INFORMACIÓN DIVULGADA A:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE (paciente, médico, hospital u otro beneficiario)

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal

\_\_\_ MARQUE AQUÍ si desea una entrega electrónica (se requiere dirección válida de correo electrónico) \_\_\_\_\_  
(Escriba con letra legible)

## OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN:

\_\_\_ DERIVACIÓN A ESPECIALISTA

\_\_\_ SEGURO

\_\_\_ INDEMNIZACIÓN LABORAL

\_\_\_ INVESTIGACIÓN LEGAL

\_\_\_ DETERMINACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

\_\_\_ PERSONAL

OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, autorizo la divulgación de la información sobre la salud del paciente nombrado anteriormente. Esta autorización tiene una validez de 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar esta autorización mediante una notificación por escrito, pero que ello no afectará la información ya divulgada antes de tal notificación. Entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o grupo de personas o el establecimiento que la recibe y, en esta nueva divulgación, dejaría de estar protegida por las regulaciones federales. Entiendo que el proveedor médico a quien se otorga esta autorización no puede condicionar mi tratamiento según si firmo o no esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona, tutor o representante personal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NOTA: HealthPort Technologies está contratado para proveer este servicio, y le facturará directamente a usted \$00.76 por página más costos de envío y gastos administrativos.**

THE GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY HOSPITAL



**Gestión de la Información de Salud**

900 23<sup>rd</sup> St., NW Washington, DC 20037 • 202-715-5324 • Fax 202-715-4361



RI0010

**Autorización para la Divulgación  
de Información Médica**

74-128(08/13)

Etiqueta del paciente