



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): XXX-XX-\_\_\_\_\_  
 Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Solicito que mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) sea divulgada POR:**

North Arkansas Regional Medical Center  NARMC Clinics

**Solicito que mi información médica protegida (PHI) se divulgue A:**

Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Si es un proveedor de atención médica, número de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**El tipo de información que se utilizará o divulgará es el siguiente (marque las casillas correspondientes e incluya otra información cuando se indique):**

- |   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen del expediente clínico | <input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma              | <input type="checkbox"/> Disco de imágenes                           | <input type="checkbox"/> Resumen del alta          |
| <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio         | <input type="checkbox"/> Consulta                     | <input type="checkbox"/> Registro de sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Terapia física / ocupacional / del lenguaje | <input type="checkbox"/> Notas del progreso        |
| <input type="checkbox"/> Informe de radiología          | <input type="checkbox"/> Reporte de cirugía           | <input type="checkbox"/> Facturación                     | <input type="checkbox"/> Facturación completa                        | <input type="checkbox"/> Historial médico completo |
| <input type="checkbox"/> Otros (describa): _____        |   | <input type="checkbox"/> desglosada _____                |  |  |

**Período de atención médica cubierto:** Fecha específica \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**La información cuya divulgación autorizo se utilizará para el siguiente propósito:**

Uso personal  Continuación de la atención  Fines legales  Seguros  Otros: \_\_\_\_\_

**Entiendo** que la información de mi historial médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual, así como sobre el tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

**Entiendo** que tengo derecho a retirar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y entregaré mi revocación por escrito al Departamento de Historiales Médicos. Entiendo que la revocación de esta divulgación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado bajo su autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi compañía de seguros de salud el derecho a impugnar un reclamo en virtud de mi póliza.

**Entiendo** que una vez que se divulgue la información anterior, el destinatario podrá divulgarla nuevamente y es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.

**Entiendo** que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago ni mi elegibilidad para recibir beneficios. Puedo inspeccionar u obtener una copia de cualquier información que se use o divulgue en virtud de esta autorización. **Entiendo** que North Arkansas Regional Medical Center puede recibir un pago por los costos de copiar la información que se divulgará.

**Esta autorización expirará el** \_\_\_\_\_ **(inserte la fecha o evento).**

**Si no especifico una fecha de vencimiento o un evento, esta autorización expirará 1 año después de la fecha en que se firmó.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
O Firma del padre/madre, tutor o representante autorizado \*

\_\_\_\_\_  
Tipo de relación

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Si lo firma el representante autorizado del paciente, el formulario de autorización debe ir acompañado de la documentación legal de respaldo.

-----  
**SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO:**

Identidad verificada (p. ej.: copia de licencia de conducir, firma de cheque, etc.)

Recogido por (quién) \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Enviado por correo postal  Enviado por fax

Otro: \_\_\_\_\_

Personal de oficina: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(Entregue una copia de la autorización completa al paciente y envíe una copia con la información solicitada)