

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Si está enviando esta solicitud por correo, POR FAVOR envíe una copia de alguna identificación con fotografía junto con la autorización.

Este formulario debe ser enviado por el paciente o un representante autorizado para solicitar la revisión o copias de la información protegida de salud.

1. Nombre del paciente: _____ Otro(s) nombre(s): _____

Dirección completa: _____ Ciudad _____ Calle _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

2. (Por favor seleccione uno) Deseo: _____ Revisar el registro _____ Obtener copias del registro (se aplican cargos)

3. Fechas del servicio: _____

4. Deseo revisar u obtener copias de la siguiente información (seleccione todas las que correspondan):

- Resumen del alta Informes operativos
- Historial y físico Informes de consultas
- Notas de progreso Otro; Especifique: _____
- Informes de radiología
- Imágenes en CD (requiere notificación previa de 24 horas)
- Informes de laboratorio
- Informes de patología
- Registros psiquiátricos o de abuso de sustancias (BEH)
- Documentación de la sala de emergencias

5. Motivo de la solicitud: _____

6. Si es necesario que otra persona recoja las copias:

Nombre: _____

7. Solicito a Wise Health System (WHS) brindarme el acceso a mi información protegida de salud (o del paciente) según lo descrito anteriormente. Entiendo que:

- La información liberada puede contener información relacionada con una infección del VIH o SIDA; abuso de alcohol o drogas; salud mental o del comportamiento o atención siquiátrica, excepto las notas de psicoterapia.
- WHS se reserva el derecho de verificar mi identidad o tutela.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento a través de una cancelación por escrito. Entiendo que esta cancelación no se aplicará a la información que ya se haya liberado en respuesta a esta autorización. A menos que se haya cancelado de otro modo, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no llego a especificar una fecha, evento o condición, esta autorización vencerá en 90 días.
- Si tengo alguna pregunta relacionada con la divulgación de mi información de salud, puedo ponerme en contacto con Yordanos Hagos, Funcionario de privacidad, en el teléfono 940-626-2575

Firma del paciente o de su representante legalmente autorizado: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación con el paciente: _____

8. Por favor enviar copias por correo a (dirección):

Nombre del destinatario: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Favor enviar por correo a: Wise Health System

609 Medical Center Dr. Decatur, TX 76234