

## Autorización para Revelar Información Médica

### Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Entregar al paciente nombrado arriba.

### Revelar Información A

Persona/Institución: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_

### Información a revelar

- Historial de Vacunación      Exámen Físico Escolar      Reportes de Laboratorio      Informes Financieros  
 Historial Médico Completo      Historial Prenatal      Reportes de Radiología      Otros \_\_\_\_\_

Iniciales

**Revelación de Documentos Confidenciales.** Yo explícitamente autorizo que se manden los documentos indicados, los cuales han sido designados como "confidenciales" en mi expediente clínico.:

- VIH/SIDA      Enfermedades de Transmisión Sexual      Abuso de Drogas/Alcohol      Salud Mental      Todos

### Fechas de Servicio Solicitadas

- Más Reciente  
 Últimos 2 Años  
 Estas Fechas: \_\_\_\_\_

### Razón Para La Solicitud

- Personal (Solicitud del Paciente)  
 Proveedor Médico/Organización  
 Otro \_\_\_\_\_

### Método de Entrega

- CD Por Correo      Papel / Recoger  
 CD / Recoger      Papel Por Correo  
 Email Seguro      Fax

**Este pedido puede incurrir cargos dependiendo del tamaño del expediente (número de páginas) y el método de entrega.**

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y presentándolo al Departamento de Health Information Management, a menos que ya se haya revelado la información. Tengo derecho de revisar una copia de la información que se va a revelar. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negar firmar esta autorización. La persona/institución que se menciona arriba no puede negarme tratamiento, revelada o no la información. **Entiendo que esta autorización es voluntaria y puede incluir información confidencial (relacionada con VIH/SIDA, Infección de VIH, servicios de salud mental/atención psiquiátrica, tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas) en documentos no-confidenciales de mi expediente clínico, aun cuando haya sido autorizado específicamente en este documento.** Esta autorización se hará efectiva inmediatamente y permanecerá válida hasta 90 días después de la fecha de mi firma.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Representante Personal/Legal.

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación al Paciente  
 (Si firmado por representante personal)

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente Adolescente - De Edades 12 a 17  
 (Se requiere para revelar información confidencial)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

### SOLO PARA USO DE PERSONAL DE LAWNDALE

**Attention Staff:** Please be sure to fill out your name/date below after receiving the form from the patient and verifying the patient's identity. If records are released by anyone other than Medical Records staff, please fill out your name/date in the "Records Sent/Released By" section. Medical Records staff will communicate directly with the patient about delivery dates.

Chart Number: \_\_\_\_\_ Receipt Number: \_\_\_\_\_  Records Released     Fee Collected: \$ \_\_\_\_\_  
 Request Received/Verified By (Staff Name): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Records Sent/Released By (Staff Name): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_