

Centro Regional Médico de Huron

Hospital - 172 4<sup>th</sup> St. SE, Huron, SD 57350 Fax 605-353-6590

Clínica de Médicos del HRMC, 534 Oregon Avenue SE, Huron, SD 57350 - Números de Fax:

Medicina Interna 605-353-7380  Clínica Quirúrgica 605-353-7661  Clínica Pediátrica 605-353-7381

**Autorización para Revelar Información de Salud**

1. **Yo, por la presente, autorizo [nombre del proveedor/hospital] \_\_\_\_\_**  
**revelar información de los expedientes de salud de:**

El nombre legal del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Cubriendo los períodos**

De (fecha) \_\_\_\_\_ A (fecha) \_\_\_\_\_

De (fecha) \_\_\_\_\_ A (fecha) \_\_\_\_\_

2. **La información que será revelada:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resultados de prueba del laboratorio/patología | <input type="checkbox"/> Resumen para darle de alta | <input type="checkbox"/> Informe operativo     |
| <input type="checkbox"/> Historia y examinación física                  | <input type="checkbox"/> Notas de progreso          | <input type="checkbox"/> Informes de consultas |
| <input type="checkbox"/> Imágenes filmadas (de tipo) _____              | <input type="checkbox"/> Informes de imágenes       | <input type="checkbox"/> Fotografías           |
| <input type="checkbox"/> Clínica de Médicos del HRMC                    |   |  |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación _____                 |   |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____             |   |  |

Ley estatal y federal restringe la revelación de información con respecto a los casos de pacientes asociados con HIV, abuso, abuso de alcohol o drogas, casos psiquiátricos y acceso a STI servicios para menores. Mis iniciales autorizan la divulgación de la información relacionada a lo siguiente.

- \_\_\_\_\_ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (HIV)
- \_\_\_\_\_ servicio para la salud mental / cuidado psiquiátrico
- \_\_\_\_\_ tratamiento para el abuso, alcohol y/o abuso de drogas
- \_\_\_\_\_ examen y tratamiento de infección de transmisión sexual (menores de edad 12-17)

3. **Ésta información será revelada a** (nombre y dirección) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

con el propósito de (opcional cuando sea pedida para usted mismo) \_\_\_\_\_

4. La información se entregará a través de  Papel, o  Disco compacto  Registro del Paciente por Internet

5. **Yo entiendo** que ésta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto hasta tal punto que se hayan tomado medidas en respuesta a ésta autorización. **Con exclusión de Portal del Paciente, a menos que sea revocada, esta autorización se vencerá en 90 días desde la fecha de la firma.**

6. **Yo entiendo** que cuando ésta información es revelada, puede ser relevada de nuevo y no sujeto a las protecciones de privacidad concedidas por las leyes federales privadas.

Firmado: \_\_\_\_\_  
 (Paciente / Padre de un menor) (Fecha)

\_\_\_\_\_ o (Representante Personal – Adjunta una copia del documento permitiendo la autorización) (fecha)

Fecha Revelada \_\_\_\_\_ Por Quién \_\_\_\_\_