



\* Todos los puntos con asterisco son campos OBLIGATORIOS.

* Nombre del paciente _____		Número del expediente médico _____	
Número del seguro social (opcional) _____		* Fecha de nacimiento del paciente _____	
* Establecimiento _____		* Teléfono de contacto _____	
* Fecha del servicio _____			
* Dirección del paciente _____			
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
* Autorizo al servicio médico Inova Health System para publicar o divulgar la siguiente información a:			
		Teléfono (obligatorio para envío del expediente por fax) _____	
Nombre de la persona o entidad que recibirá la información _____		Fax _____ <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Otro _____	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
* Información que se publicará/divulgará:			
<input type="checkbox"/> Información sobre facturas <input type="checkbox"/> Expediente médico completo Fechas de admisión/tratamiento solicitado: _____ <input type="checkbox"/> Otra _____		<u>Extractos del expediente médico:</u> <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> ECG/Electroencefalograma <input type="checkbox"/> Expediente/Sala de emergencia <input type="checkbox"/> Hoja de portada	
		<u>Otros expedientes:</u> <input type="checkbox"/> Órdenes médicas <input type="checkbox"/> Plan de atención <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Nota de admisión psiquiátrica <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica <input type="checkbox"/> Radiografías/CD <input type="checkbox"/> Otros _____	
* Finalidad:		* Disposición de los expedientes:	
<input type="checkbox"/> Seguimiento médico <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otra _____		<input type="checkbox"/> Sírvase enviarlos por correo. <input type="checkbox"/> Deseo examinarlos. (Necesitará hacer una cita para ese examen.) <input type="checkbox"/> Sírvase enviarlos por fax al número citado antes. <input type="checkbox"/> Pasaré a recogerlos.	
		<u>Costo:</u> Páginas 1-50: \$0,50 por página Páginas 51+: \$0,25 por página Microfilme/Microfichas: \$1,00 por página CD o unidades portátiles USB: \$5,00 costo adicional Imágenes radiológicas en CD: \$10,00 por CD Correo: Se agrega cuando sea necesario-	
Tengo entendido que si la persona o institución que recibe mi información no es un proveedor de atención de salud ni un plan de cuidado de salud cubierto por los reglamentos de privacidad establecidos por la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), la información previamente descrita aquí puede divulgarse de nuevo y ya no estará protegida por esos reglamentos.			
Tengo entendido que se necesita una notificación por escrito para cancelar la presente autorización y que la misma puede dirigirse al departamento cuyo nombre aparece en la parte superior de este formulario. Estoy consciente de que mi cancelación no tendrá ningún efecto sobre cualquier divulgación ya hecha con respecto a la presente autorización.			
Tengo entendido que el servicio médico Inova Health System no puede condicionar el tratamiento a mi decisión de firmar la presente autorización.			
<b>Tengo entendido que esta divulgación puede incluir información sobre abuso de drogas, alcoholismo, abuso de bebidas alcohólicas, enfermedad psiquiátrica o mental, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o la infección por el VIH, la cual está reglamentada por la Ley Federal (Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales, citada en inglés como 42 CFR Part 2).</b>			
* Firma del paciente o de su representante autorizado (Signature of Patient or Authorized Representative)		* Fecha/hora (La autorización se vence seis meses después de la fecha de la firma) (Date/Time (Authorization will expire six months after date signed))	
* Imprima el nombre del paciente o de su representante autorizado (Print Name of Patient or Authorized Representative)		* Relación con el paciente (Relationship to Patient)	

PATIENT IDENTIFICATION

**Inova Health System**  
**Autorización para publicar/divulgar**  
**información confidencial de salud**  
 Authorization to Release/Disclose Protected  
 Health Information - Spanish

