



**HIPAA (Seguro de Salud Ley de Portabilidad y Responsabilidad)
AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION DEL PACIENTE**

Fecha de Petición _____

YO AUTORIZO **PALISADES MEDICAL CENTER** REVELAR A:

(Doctor, Hospital, Abogado, Compañía de Seguro, Mi Persona, etc.)

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Numero de Teléfono

LA SIGUIENTE INFORMACION DE LOS ARCHIVOS DEL HOSPITAL DE:

Nombre del Paciente

Nombres Anteriores

Fecha de Nacimiento

Seguro Social

INFORMACION A SER REVELADA:

Esta autorización esta limitada a los siguientes dias de tratamiento:

DESDE _____ HASTA _____

EXPEDIENTE COMPLETO (Favor de no marcar cuadros adicionales si desea obtener su expediente completo)

ABSTRACTO (Incluye: Resumen de Alta, historial medico, examen fisico, consultas, reportes de procedimientos y resultados de exámenes según corresponda.)

RESUMEN DE ALTA

CUIDADO DE EMERGENCIA

LABORATORIO & RADIOLOGIA

CIRUGIAS & PATOLOGIAS

CCD o RESUMEN DE CUIDADO (Version electronica) Incluye: Lista de problemas medicos, lista de medicamentos, alergia a medicamentos, resultados de exámenes y diagnosticos.

INFORMACION DEL PACIENTE ES NECESARIO PARA:

Uso Personal

Continuando Tratamiento Medico

Escuela

Asuntos Legales

Discapacidad Seguro Social

Ejército

Seguro

Otra _____

Yo entiendo que la información específica a ser revelada puede incluir, pero no esta limitada a: historia, diagnósticos y/o el tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental o enfermedades contagiosas incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Autorizo a revelar estos datos específicos. Yo entiendo que esta autorización puede ser revocada por la persona dando la autorización por una nota escrita y firmada con fecha, excepto al punto que cierta información haya sido revelada antes de recibir la nota de revocación. Esta autorización se expira un año del día de la firma, a menos que yo especifique de otra manera o lo revoque. Yo entiendo que me pueden cobrar por copias de mi historial medico.

YO HE LEIDO Y ENTIENDO EL CONTENIDO Y HE FIRMADO VOLUNTARIAMENTE.

Firma del Paciente

Firma de Guardián/Albacea/Representante Legal

Fecha

Relación al Paciente

Fecha

Prohibición a Revelar: Esta información se ha hecho publica a usted de historiales medicos que son confidenciales. Es prohibido revelar esta información sin el consentimiento escrito de la persona a quien le pertenece o de otra manera que sea permitido por la ley. Una autorización general para revelar información medica u otra información no es suficiente para este propósito.