

- Bailey Medical Center
- Hillcrest Hospital Claremore
- Hillcrest Hospital Cushing

- Hillcrest Hospital Henryetta
- Hillcrest Hospital Pryor
- Hillcrest Hospital South

- Hillcrest Medical Center
- Tulsa Spine and Specialty Hospital
- Utica Park Clinic

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Núm. de expediente médico _____

Por la presente autorizo a que se use o divulgue la información médica protegida descrita a continuación que será proporcionada a, u obtenida por:

Nombre y dirección de la persona, centro o compañía
que recibirá la información médica protegida

Nombre y dirección de la persona o centro
que divulgará la información médica protegida

Información autorizada para uso o divulgación, o que se obtendrá:

- Historia clínica y examen físico Resumen del alta Informe quirúrgico Registro de sala de emergencias Consultas
- Informes de laboratorio Notas de progreso Informes de radiografía Otros _____
- Información médica entre _____ y _____

La información se obtendrá, usará o divulgará para el siguiente **propósito** solamente:

- Seguro Continuación de tratamiento Legal A petición del paciente o del representante del paciente
- Otro (especifique) _____

Comprendo que

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Sin embargo, la revocación no se aplicará a la información que ya se haya obtenido, usado o divulgado en respuesta a esta autorización. Puedo revocar este documento mediante la presentación de una revocación escrita, según se establece en el Aviso de derechos de privacidad. A menos que se revoque, la fecha de vencimiento automática será de seis (6) meses a partir de la fecha de la firma o cuando ocurra el siguiente evento: _____
- Eximo a las entidades mencionadas anteriormente, así como sus agentes y empleados, de toda responsabilidad con respecto al uso o divulgación de la información médica protegida. El receptor no le pagará a la entidad autorizada a divulgar la información por dicha divulgación. Se pueden cobrar las tarifas usuales aplicables, como los costos de las copias.
- La información que se use o se divulgue de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a la divulgación por parte del receptor y ya no se encuentra protegida por las leyes federales. Sin embargo, puede prohibírsele al receptor que divulgue información sobre el abuso de sustancias conforme a los requisitos federales de confidencialidad del abuso de sustancias.
- A menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de un reclamo de beneficios, la entidad solicitante no condicionará el tratamiento, pago, inscripción en un plan médico o derecho a beneficios en que obtenga esta autorización.

Comprendo que la información autorizada para el uso o la divulgación puede incluir información que indique la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible y puede incluir, entre otras, enfermedades como la hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de la inmunodeficiencia humana, también conocido como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Comprendo, además, que mi información médica podría indicar que he sido tratado por afecciones psicológicas o psiquiátricas o por abuso de sustancias.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL

FECHA

DESCRIPCIÓN DE LOS REPRESENTANTES DE AUTORIDAD PARA ACTUAR A NOMBRE DEL PACIENTE

Procesado por (nombre en letra de molde y departamento): _____

- Bailey Medical Center
- Hillcrest Hospital Claremore
- Hillcrest Hospital Cushing

- Hillcrest Hospital Henryetta
- Hillcrest Hospital Pryor
- Hillcrest Hospital South

- Hillcrest Medical Center
- Tulsa Spine and Specialty Hospital
- Utica Park Clinic

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Núm. de expediente médico _____

Por la presente autorizo a que se use o divulgue la información médica protegida descrita a continuación que será proporcionada a, u obtenida por:

Nombre y dirección de la persona, centro o compañía
que recibirá la información médica protegida

Nombre y dirección de la persona o centro
que divulgará la información médica protegida

Información autorizada para uso o divulgación, o que se obtendrá:

- Historia clínica y examen físico Resumen del alta Informe quirúrgico Registro de sala de emergencias Consultas
- Informes de laboratorio Notas de progreso Informes de radiografía Otros _____
- Información médica entre _____ y _____

La información se obtendrá, usará o divulgará para el siguiente **propósito** solamente:

- Seguro Continuación de tratamiento Legal A petición del paciente o del representante del paciente
- Otro (especifique) _____

Comprendo que

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Sin embargo, la revocación no se aplicará a la información que ya se haya obtenido, usado o divulgado en respuesta a esta autorización. Puedo revocar este documento mediante la presentación de una revocación escrita, según se establece en el Aviso de derechos de privacidad. A menos que se revoque, la fecha de vencimiento automática será de seis (6) meses a partir de la fecha de la firma o cuando ocurra el siguiente evento: _____
- Eximo a las entidades mencionadas anteriormente, así como sus agentes y empleados, de toda responsabilidad con respecto al uso o divulgación de la información médica protegida. El receptor no le pagará a la entidad autorizada a divulgar la información por dicha divulgación. Se pueden cobrar las tarifas usuales aplicables, como los costos de las copias.
- La información que se use o se divulgue de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a la divulgación por parte del receptor y ya no se encuentra protegida por las leyes federales. Sin embargo, puede prohibírsele al receptor que divulgue información sobre el abuso de sustancias conforme a los requisitos federales de confidencialidad del abuso de sustancias.
- A menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de un reclamo de beneficios, la entidad solicitante no condicionará el tratamiento, pago, inscripción en un plan médico o derecho a beneficios en que obtenga esta autorización.

Comprendo que la información autorizada para el uso o la divulgación puede incluir información que indique la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible y puede incluir, entre otras, enfermedades como la hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de la inmunodeficiencia humana, también conocido como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Comprendo, además, que mi información médica podría indicar que he sido tratado por afecciones psicológicas o psiquiátricas o por abuso de sustancias.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL

FECHA

DESCRIPCIÓN DE LOS REPRESENTANTES DE AUTORIDAD PARA ACTUAR A NOMBRE DEL PACIENTE

Procesado por (nombre en letra de molde y departamento): _____