

No podemos procesar autorizaciones incompletas. Para evitar retrasos en procesar esta solicitud, le rogamos que rellene todas las secciones de la autorización. Las autorizaciones incompletas se devolverán.

Datos del paciente	Nombre del paciente			
	Dirección			
	Ciudad/Estado/Código postal			
	Número de teléfono			
	Fecha de nacimiento			
Centro clínico de divulgación	Nombre del centro clínico			*Si necesita información de otro centro clínico de Lovelace, favor de especificar el nombre del centro a continuación.
	Dirección			
	Ciudad/Estado/Código postal			
	Número de teléfono			
	Número de fax			
Individuo(s)/ Centro clínico destinatario	Nombre del centro clínico destinatario	Lovelace Medical Group		
	Dirección			
	Ciudad/Estado/Código postal			
	Número de teléfono	505-727-6395		
	Número de fax	505-727-9590- Routine		
La información se: ☐ Enviaré por correo a la dirección arriba indicada ☐ Recogerá ☐ Llamaré al número de arriba cuando esté lista para su recogida ☐ Enviaré por fax al número arriba indicado				
La información solicitada se utilizará para el/los siguiente(s) fin(es): ☐ Continuidad de la atención médica ☐ Discapacidad ☐ Determinación ☐ Seguros ☐ Legal ☐ Personal ☐ Utilización				
Fecha(s) del servicio solicitado: De _____ a _____				
Enumere la descripción específica de la información que se divulgará	☐ Expedientes de facturación ☐ Consultas ☐ Resumen del alta ☐ Electrocardiogramas ☐ Expedientes de emergencia	☐ Hoja frontal ☐ Historial y examen físico ☐ Informes de radiografías/imágenes ☐ Radiografías/Películas de imágenes/CD ☐ Laboratorio	☐ Expedientes de medicamentos ☐ Expedientes de enfermería ☐ Informe quirúrgico ☐ Informe patológico ☐ Órdenes médicas	☐ Notas de progreso ☐ Expedientes de terapia ☐ Todos los expedientes ☐ Otros:
	(Si se solicitan estos tipos de expedientes, el paciente tiene que firmar a continuación para autorizar su divulgación). ☐ Expedientes de salud conductual ☐ Expedientes del VIH ☐ Expedientes de enfermedades de transmisión sexual ☐ Expedientes de tratamiento del abuso de bebidas alcohólicas/drogas Se requiere la firma del paciente o de su representante legal _____			
Solicitud de expedientes electrónicos (sólo para Lovelace Medical Center, Westside & Women's)	☐ Quiero solicitar una copia electrónica de mis instrucciones de alta. ☐ Quiero solicitar una copia electrónica de mi información médica de paciente y como se define aquí (incluso resultados de pruebas, problemas, medicamentos, alergias, resumen de altas y procedimientos). Entiendo que el centro clínico dispone de tres días laborales para proporcionarme esta copia.			

- La persona/organización autorizada para utilizar/divulgar la información recibirá una compensación por hacerlo.
☐ Sí ☐ No
- Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Si me niego a firmarla no afectará a mi derecho a recibir beneficios o inscribirme, al pago de nuestra cobertura de servicios o a mi capacidad para obtener tratamiento, salvo en los casos previstos en las NOTAS que se encuentran al pie de este formulario.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito al centro clínico que divulga los expedientes al Lovelace Health System, excepto en la medida en que; se hayan tomado medidas basándose en esta autorización; o si esta autorización se obtiene como condición para obtener una cobertura de seguro, otra ley otorga al asegurador el derecho a impugnar una reclamación en virtud de la póliza o de la propia póliza.
- Entiendo que la información que autorizo que reciba una persona o entidad puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por las normas federales sobre privacidad.
- Esta autorización estará en vigor y será efectiva durante un año, a partir de la fecha de la firma o hasta el momento en que caduque esta autorización para divulgar esta información médica protegida.

NOTA: Si el propósito de esta autorización es el uso y/o divulgación de información médica para un estudio de investigación, y me niego a firmar esta autorización, Lovelace Health System se reserva el derecho de negar el tratamiento asociado con dicha investigación.

NOTA: Si el propósito de esta autorización es divulgar información médica a otra parte basada en la atención médica que se proporciona únicamente para obtener dicha información, y me niego a firmar esta autorización, Lovelace Health System se reserva el derecho de negar esa atención médica.

NOTA: Lovelace Health System reconoce los derechos del paciente bajo la ley de HIPPA para obtener acceso a copias de su información médica. Puede haber cargos asociados con el procesamiento de una solicitud y la producción de los expedientes solicitados.

Firma del paciente o de su representante legal

Fecha

Nombre en letra de molde del paciente o de su representante legal

Relación con el paciente o autoridad del representante para actuar en nombre del paciente, si procede

Se entregará al paciente una copia de este formulario firmado.

Sólo para uso de la oficina:

Identificación verificada ☐ Sí ☐ No

Tipo de identificación ☐ Licencia de conducir ☐ Militar ☐ Colegio ☐ Otro _____

Verificado por _____
Nombre del empleado Fecha