

No podemos procesar autorizaciones incompletas. Para prevenir demoras en el procesamiento de esta solicitud, favor de llenar todas las secciones de la autorización. Se devolverán las autorizaciones incompletas.

Datos del paciente	Nombre del paciente			
	Dirección			
	Ciudad/estado/código postal			
	Número de teléfono			
	Fecha de nacimiento			
Centro clínico de donde proviene la divulgación	<input type="checkbox"/> Lovelace Medical Group	<input type="checkbox"/> New Mexico Heart Institute		
	<input type="checkbox"/> Lovelace Medical Center	<input type="checkbox"/> Lovelace Roswell Regional Hospital		
	<input type="checkbox"/> Lovelace Westside Hospital	<input type="checkbox"/> Lovelace UNM Rehab Hospital		
	<input type="checkbox"/> Lovelace Women's Hospital	Otro centro clínico, favor de indicar a continuación el nombre de dicho centro clínico:		
	<input type="checkbox"/> Heart Hospital of New Mexico			
Centro clínico/persona(s) que recibirán la información	Nombre			
	Dirección			
	Ciudad/estado/código postal			
	Número de teléfono			
	Número de fax			
La información: <input type="checkbox"/> Se enviará a la dirección que se indica más arriba <input type="checkbox"/> Se recogerá (Llame cuando esté lista para recogerla) <input type="checkbox"/> Se enviará por fax al número que se indica más arriba		Formato que se solicita: <input type="checkbox"/> Expedientes impresos <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Expedientes por correo electrónico Dirección de correo electrónico: _____		La información que se solicita se utilizará para el(los) fin(es) siguiente(s): <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención médica <input type="checkbox"/> Determinación de incapacidad <input type="checkbox"/> Seguros <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Uso personal
Fecha(s) del servicio solicitado: De _____ a _____				
Proporcione una descripción específica de los datos que se divulgarán	<input type="checkbox"/> Expedientes de cobros <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Resumen de dada de alta <input type="checkbox"/> Electrocardiogramas <input type="checkbox"/> Expedientes de emergencia	<input type="checkbox"/> Carátula <input type="checkbox"/> Historial y chequeo físico <input type="checkbox"/> Radiografías/imágenes <input type="checkbox"/> Informes de radiografías/imágenes <input type="checkbox"/> Películas/CD <input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Expedientes de medicamentos <input type="checkbox"/> Expedientes de enfermería <input type="checkbox"/> Informe operativo <input type="checkbox"/> Informe de patología <input type="checkbox"/> Órdenes del médico	<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso <input type="checkbox"/> Expedientes de terapia <input type="checkbox"/> Todos los expedientes <input type="checkbox"/> Otro:

<p>Expedientes de salud conductual, VIH, enfermedades de transmisión sexual, resultados de la prueba genética</p>	<p><i>Si se solicitan estos tipos de expedientes, el paciente tiene que marcar la casilla pertinente y firmar a continuación para autorizar la divulgación.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Expedientes de salud conductual</p> <p><input type="checkbox"/> Expedientes de VIH</p> <p><input type="checkbox"/> Expedientes de enfermedades de transmisión sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Expedientes del tratamiento por alcohol/drogas</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados de la prueba genética y expedientes conexos</p> <p>Se exige la firma del paciente o del representante legal: _____</p>
---	---

- Entiendo que esta autorización se hace voluntariamente y que puedo negarme a firmar esta autorización. El hecho que me niegue a firmarla no afectará mi elegibilidad para recibir beneficios ni mi inscripción, ni los pagos de la cobertura de servicios, ni la capacidad de conseguir tratamientos, salvo según se estipule en la sección de NOTA que se encuentra al pie de este formulario.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con solo avisar por escrito al centro clínico que divulga los expedientes al Lovelace Health System, salvo en la medida que ya se haya tomado acción conforme a esta autorización; o si esta autorización se obtiene como condición de conseguir la cobertura de seguro, otras leyes le otorgan al asegurador el derecho de impugnar una demanda de seguro, ya sea conforme a la póliza de seguro o por la póliza de seguro misma.
- Entiendo que la información que autorizo que reciba una persona o entidad se pudiera divulgar de nuevo y ya no estará protegida por los reglamentos federales de privacidad.
- Esta autorización permanecerá en vigor y vigencia por un año a partir de la fecha de la firma o hasta el _____ cuando caducará esta autorización de divulgación de esta información médica protegida.

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Fecha

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

Su relación o parentesco con el paciente o la autoridad del representante que le permite actuar en nombre del paciente, si corresponde

NOTA: Si el fin de esta autorización es el uso y/o la divulgación de la información médica para un estudio de investigación y me niego a firmar esta autorización, Lovelace Health System reserva el derecho de denegarme el tratamiento correspondiente a dicha investigación. Si el fin de esta autorización es la divulgación de la información médica a otra parte basada en la atención médica que se presta solo para obtener dicha información y me niego a firmar esta autorización, Lovelace Health System reserva el derecho de denegarme dicha atención médica. Lovelace reconoce los derechos del paciente, conforme a la ley HIPAA, para obtener acceso a copias de su información médica. A lo mejor le cobren por procesar la solicitud y producir los expedientes que se solicitan.

Se le aportará copia de este formulario firmado al paciente.

<p>Solo para que lo llene el personal de la oficina (For Office Use Only):</p> <p>ID Verified <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Type of ID <input type="checkbox"/> Driver's License <input type="checkbox"/> Military <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Other _____</p> <p>Verified by _____ Date _____</p> <p style="text-align: center;">Employee Name Date</p>	
---	--