

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Yo,

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

**Autorizo a:** Carson Tahoe Health  **Otro**

**Para divulgar ante:**

Nombre Dirección/Fax #/Dirección de correo electrónico donde/cómo desea que se envíen los registros.

**Con el propósito de:** Médico/Hospital Uso personal Seguro Abogado  
Otro

**En relación a la atención brindada el:** **al**

Fecha Fecha

Me gustaría que se divulgara la siguiente información (**solo se divulgarán los elementos marcados**):

Resumen del alta	Informes de imagenología
Historial y examen físico	Imágenes diagnósticas (obtención en el Departamento de Radiología)
Consultas	Informes de ECG
Informes operativos	Informes de laboratorio
Informes de emergencia	Otro

Autorizo específicamente la divulgación de información para los siguientes tratamientos o procedimientos que se incluyen en estos registros. (**Debe colocar sus iniciales en los artículos solicitados, o no se divulgarán con el registro anterior**).

Tratamiento del trastorno por consumo de alcohol o drogas  
Tratamiento psiquiátrico y para enfermedades mentales  
Virus de inmunodeficiencia humana

Entiendo que este consentimiento expirará en 90 días a partir de la fecha de firma, a menos que se especifique por escrito que me gustaría que se extendiera. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan tomado acciones en virtud de la autorización. Entiendo que la revocación debe hacerse por escrito y dirigirse al Custodio de Registros Médicos y entregarse o enviarse por correo postal a 'Medical Records Dept., P.O. Box 2168, Carson City NV, 89702-2168'. Entiendo que las partes que reciban estos registros pueden volver a divulgar mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) a personas o entidades que no están sujetas a las regulaciones de privacidad de HIPAA, lo que resulta en que mi PHI ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad de HIPAA.

**Fecha de vencimiento: (si esto permanecerá en vigor por más de 90 días)**

**Firma del Paciente o Representante Legal**

**Relación de Representación Legal** **Fecha**

45 CFR 164.508 (c)(2)(ii) La entidad cubierta no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a que la persona firme o no la autorización.

**DEBIDO A SU CONFIDENCIALIDAD, SOLO ENVIAMOS FAXES CONFORME A LOS REQUISITOS DE LA HIPAA**

Teléfono # 775-445-8585 Fax # 775-888-3206 or 775-884-5460 1600 Medical Parkway, Carson City, NV 89703

**To be completed by CTH Staff**

ID Checked (initial) \_\_\_\_\_ Print Name \_\_\_\_\_  
Emp. Department \_\_\_\_\_ Date Processed \_\_\_\_\_

How were the records delivered? Hand Carry Paper Hand Carry Disk/Flash Drive [SECURE] E-mail Mail Fax

