



Solo para uso de la oficina

Affix Patient Label or MRN: _____

Solicitud de acceso o autorización para usar y divulgar información médica protegida

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre mes/día/año

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Doy permiso a:

- Bronson Battle Creek**
300 North Avenue
Battle Creek, MI 49017
Teléfono: (269) 341-6487
Fax: (269) 341-6528
- Bronson Behavioral Health**
300 North Ave (Fieldstone)
Battle Creek, MI 49017
Teléfono: (269) 341-6487
Fax: (269) 341-6528
- Bronson LakeView Hospital**
408 Hazen Street
Paw Paw, MI 49079
Teléfono: (269) 341-6487
Fax: (269) 341-6528
- Bronson Methodist Hospital**
601 John Street Box F
Kalamazoo, MI 49007
Teléfono: (269) 341-6487
Fax: (269) 341-6528
- Bronson Physician Offices**
Consultorio: _____
Médico: _____
Teléfono: (269) 341-6487
Fax: (269) 341-6528
- Bronson South Haven**
970 S. Bailey Avenue, Suite 3
South Haven, MI 49090
Teléfono: (269) 341-6487
Fax: (269) 341-6528

Para divulgar mi información médica a la siguiente persona o entidad mediante (encierre en un círculo):

Fax / Correo postal / Retiro (lugar) _____

Nombre de la persona o entidad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Información que se va a divulgar:

Fechas de servicio: _____

- Registros de Salud Conductual
- Registros de Cardiología
- Consultas
- Resumen del alta
- Registros de la Sala de Urgencias
- Historia clínica y antecedentes físicos
- Vacunas
- Informes de laboratorio
- Otros (especifique el contenido y las fechas): _____
- Registros de medicamentos
- Registros de neurodiagnóstico
- Registro operativo
- Notas del consultorio
- Informe de Patología
- Notas de avances
- Imágenes de Radiología, en CD
- Informes de Radiología

Propósito de la divulgación:

- Atención continua
- Seguro o indemnización por accidentes y enfermedades laborales
- Uso personal
- Asuntos legales
- Otro (especifique): _____

Affix Patient Label or MRN: _____

Autorizo la divulgación de la información médica que contiene mi historia clínica, incluyendo:

- Información sobre enfermedades e infecciones transmisibles, según la definición de la ley y las normas del Michigan Department of Health [Departamento de Salud de Michigan], incluidas las enfermedades venéreas, la tuberculosis, la hepatitis A, B, C, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las pruebas de VIH.
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y el complejo relacionado con el SIDA (CRS).
- Información sobre tratamiento para el consumo excesivo del alcohol y las drogas, la cual está protegida conforme a los reglamentos de CFR 42, Parte 2.
- Registros de tratamientos de salud mental, servicios psicológicos e información de servicios sociales, incluidas mis comunicaciones con un trabajador social, terapeuta o psicólogo.

Reconocimiento de comprensión:

- Comprendo que esta autorización caducará en un año a partir de la fecha de la firma.
- Puedo escribir a Bronson Healthcare Group (BHG) para cancelar esta autorización en cualquier momento.
- Dicha cancelación entrará en vigor en la fecha de su notificación, excepto si ya se han tomado medidas.
- Comprendo que si divulgo mi historia clínica a una persona o proveedor, ellos pueden divulgar dicha historia clínica. Sé que tengo que ponerme en contacto con ellos para conocer sus reglas de privacidad.
- Recibiré un resumen de mi historia clínica a menos que solicite el registro completo.
- No se me impondrán condiciones si firmo este formulario.

La ley de Michigan indica que es posible que tenga que pagar lo siguiente:

- Copias de mi historia clínica
- Inspección de mi historia clínica
- Resumen escrito de las conclusiones

Bronson Healthcare Group no se beneficiará con la divulgación de esta información

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relación: Paciente Padre o madre Representante personal Tutor legal
 Poder legal duradero para atención de salud (se necesita una copia de DPOA)
 Pariente legal más cercano _____ **Relación** _____

Declaración del intérprete: Interpreté el texto de este formulario al paciente, al padre o a la madre, al familiar más cercano o al tutor legal.

Firma del intérprete: _____ N.º de identificación: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma del personal de BHG: _____ Fecha: _____ Hora: _____

 Enviado por correo postal Recogido Enviado vía fax a: _____***SE CONSERVARÁ COMO PARTE DEL REGISTRO PERMANENTE***