



Affix Patient Label

Patient Name:

Date of Birth:

Solicitud de información de salud protegida a una organización externa

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre DD/MM/AAAA

Dirección: \_\_\_\_\_ Dpto./Habitación #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ NHC: \_\_\_\_\_

Doy permiso a:

Nombre de la persona o entidad: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Para divulgar mi información médica a la siguiente persona o entidad:

- Bronson Battle Creek, Bronson Behavior Health, Bronson Methodist, Bronson LakeView Hospital, Bronson South Haven, Bronson Breast Health Center, Bronson Physician Offices, Enviar por fax los registros médicos a la unidad, Número de teléfono de la unidad, Número de fax

Información que se va a divulgar:

- Fechas de servicio: \_\_\_\_\_
Evaluación de la admisión, Registros de Cardiología, Consultas, Resumen del alta, Historia clínica y antecedentes físicos, Vacunas, Informes de laboratorio, Mamografía, Registros de medicamentos, Registros de neurodiagnóstico, Registro de operaciones, Informe de patología, Historia de admisión psiquiátrica, Informes de rayos X, Otros (especifique el contenido y las fechas): \_\_\_\_\_

Propósito de la divulgación

- Atención continua, Otros (especifique) \_\_\_\_\_

**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.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Relación:**     Paciente       Tutor

Poder notarial duradero para la atención médica (DPOA, por sus siglas en inglés)

Pariente legal más cercano \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_