



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

Divulgación de información

Doy mi permiso para que Bronson Medical Group use o divulgue mi información médica protegida indicada a continuación a:

Médico/Departamento **que divulga** los archivos:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Médico/Departamento **que recibe** los archivos:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Información a divulgar:

(Marque todas las casillas que correspondan)

- Resumen del alta
- Antecedentes y examen físico
- Notas de progreso
- Informes del laboratorio
- Informes de radiografías
- Registros de medicamentos
- Factura detallada

Otro (especifique el contenido y las fechas) _____

Propósito de la divulgación:

- Cambio de médicos
- Consulta
- Seguro o Indemnización laboral
- Escuela
- Investigación
- A solicitud de la persona
- Legal (especifique) _____
- Otro (especifique) _____
- Para mi propio uso

Nombre del paciente: _____

Fecha de nac.: _____

Autorizo la divulgación de la información de salud contenida en mis registros médicos, que incluye:

- Información con respecto a enfermedades e infecciones contagiosas, según se define en la ley y por el Departamento de Salud de Michigan con respecto a enfermedades e infecciones contagiosas, según se define en la ley y las reglas de Información de Salud de Michigan, que incluyen enfermedades venéreas, tuberculosis, hepatitis A, B, C, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), pruebas de VIH.
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS por sus siglas en inglés) y complejo relacionado con el SIDA (AIDS Related Complex, ARC por sus siglas en inglés).
- Información sobre el tratamiento de alcoholismo y drogadicción, protegida bajo la Parte 2 de las reglamentaciones del CFR 42.
- Registros de tratamientos mentales, información de servicios psicológicos y sociales, incluidas comunicaciones enviadas por mí a un trabajador social, terapeuta o psicólogo.

Aceptación de comprensión:

- Comprendo que esta autorización vencerá en un año a partir de la fecha de la firma.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Bronson Healthcare Group.
- Entrará en vigencia en la fecha de la notificación, salvo que ya se hayan tomado acciones.
- Comprendo que, si entrego mi historial médico a una persona o proveedor, pueden divulgarla. Sé que debo consultar con ellos sobre sus reglas de privacidad.
- Recibiré un resumen de mi historial médico a menos que solicite la historia completa.
- No se me pondrán condiciones por firmar este formulario.

La ley de Michigan establece que tal vez deba pagar por:

- Copias de mi historial médico
- Inspección de mi historial médico
- Resumen por escrito de los hallazgos

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

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Padre/Madre/Representante personal: _____ Fecha: _____