



Pegue la etiqueta del paciente

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
PROTEGIDA DE BRONSON HEALTHCARE**

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Segundo nombre
Fecha de nacimiento: _____
Dirección particular: _____
Teléfono particular: _____ Número de Fax: _____

INFORMACIÓN A DIVULGAR:

La información que podría divulgarse de acuerdo con esta autorización incluye:

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

Otro: _____

INFORMACIÓN ALTAMENTE CONFIDENCIAL: Sin limitar la información antes mencionada, al marcar cualquiera de las casillas a continuación **NO** autorizo el uso y/o la divulgación de la información altamente confidencial que se indica junto a la casilla

- Notas de psicoterapia de un profesional de la salud mental
- Información sobre los servicios de salud mental o discapacidades de desarrollo
- Archivos e información sobre tratamiento por el abuso de drogas o alcohol
- Resultados de análisis de VIH/SIDA; enfermedades contagiosas definidas por el Michigan Department of Community Health (Departamento de Salud Comunitaria de Michigan), incluidas enfermedades venéreas, tuberculosis, hepatitis A, B, C.
- Otro: _____

Pegue la etiqueta del paciente

BRN SON PUEDE DIVULGAR la información sobre mi salud a:

Dirección a la que debe enviarse la información sobre mi salud:

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.
La cancelación entrará en vigencia en la fecha en que recibamos la notificación, salvo que ya se hayan tomado acciones.
Comprendo que si entrego mi historial médico a una persona o proveedor, pueden divulgarla. 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

He leído esta autorización.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información de salud.

Al firmar autorizo a Bronson a usar o divulgar la información sobre mi salud según lo descrito anteriormente.

Firma del paciente

Fecha

Si el paciente es menor o por algún otro motivo no puede firmar esta autorización, obtenga las siguientes firmas:

Firma del representante
personal autorizado

Relación con el
paciente

Fecha