

COLUMBUS REGIONAL HOSPITAL (CRH)
COLUMBUS REGIONAL HEALTH PHYSICIANS, LLC (CRHP)
Autorización para divulgación de información de salud

PARTE 1 AUTORIZACIÓN (Información del paciente)

Autorizo a CRH / CRHP u (otro centro) _____

a divulgar la siguiente información de la historia clínica de:

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

N.º de historia clínica: _____

PARTE 2 INFORMACIÓN A DIVULGAR

La información que autorizo a divulgar es desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ Informe de alta | ☐ Historia y examen físico | ☐ Informe quirúrgico | ☐ Informe de laboratorio |
| ☐ Informe de radiología | ☐ CD / DVD de radiología | ☐ Informe de patología | ☐ Informe de consulta |
| ☐ Notas de evolución | ☐ Registros de terapia (PT, OT, ST) | ☐ Informe de urgencias | |
| ☐ Toda la historia clínica | ☐ Otro _____ | | |

Entiendo que esta autorización incluirá información relativa a (marque si corresponde):

- ☐ Informe de VIH ☐ Tratamiento por consumo de alcohol ☐ Consumo de drogas ☐ Historial de salud mental ☐ SANE

PARTE 3 Esta información debe ser divulgada / entregada a:

Nombre de la persona o institución: _____ **Número de fax:** _____

Dirección: _____

Con el propósito de: ☐ Uso personal ☐ Atención continua ☐ Seguro ☐ Uso legal ☐ Otro: _____

Formato solicitado: ☐ MyChart ☐ Papel ☐ CD ☐ Correo electrónico: _____

☐ Entrega electrónica ☐ Fax

PARTE 4 CRH / CRHP, su personal, directivos y médicos quedan eximidos de cualquier responsabilidad legal o civil por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

PARTE 5 Entiendo que esta autorización expirará a los 180 días de la fecha de firma y está sujeta a revocación por escrito en cualquier momento antes de la fecha de expiración, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de la misma.

Firma del paciente o representante legal

Firma Requerida de Adolescente/Paciente, Entre 12-18 Años

Fecha y hora

Solo Para uso de Albacea / Administrador / Representante Personal

- ☐ Madre/Padre ☐ Poder notarial ☐ Tutor legal ☐ Albacea / administrador / representante personal del patrimonio

El padre/madre o tutor legal debe firmar esta autorización si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), a menos que los registros se relacionen con tratamiento(s) para los cuales el menor pueda dar consentimiento según la ley estatal.

Si el paciente ha fallecido y no hay documentación de un Representante Personal del Patrimonio:

- ☐ Certifico que no hay Albacea / Administrador / Representante Personal del Patrimonio y soy el/la cónyuge del fallecido.
☐ Certifico que no hay Albacea / Administrador / Representante Personal del Patrimonio ni cónyuge y soy hijo/a del fallecido.
☐ Otro, por favor explique: _____
☐ Reconozco que los registros que recibo están incompletos. Por favor, ponga sus iniciales: _____

☐ Sí ☐ No Identidad verificada

Firma del miembro del personal de CRH / CRHP

Fecha y hora

☐ Solicitud cumplida

PARTE 6

Deseo revocar esta autorización (firme y feche) _____



COLUMBUS REGIONAL HOSPITAL
2400 EAST 17TH STREET, COLUMBUS, IN 47201
800.841.4938 812.379.4441
crh.org

**Authorization for Disclosure
of Health Information**

PATIENT LABEL
OR

Patient Name: _____
DOB: _____/_____/_____
MR #: _____