

**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) \_\_\_\_\_

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

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

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informe de VIH                          | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual                                     | <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas      |
| <input type="checkbox"/> Historial de salud mental / Psiquiatría | <input type="checkbox"/> Trastorno por uso de sustancias (incluye el consumo de alcohol/drogas) | <input type="checkbox"/> Agresión sexual (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 17<sup>TH</sup> 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 #: \_\_\_\_\_