

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección _____ Últimos 4 números del seguro social _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Tel. _____
Clínica/Tipo de atención/Proveedor de atención médica: <small>(¿Quién tiene la información que quiere divulgar? Indique el tipo de atención y la clínica donde la recibió).</small>	Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____ Fax _____
Parte receptora: Marque una opción: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro <small>(¿Dónde quiere enviar la información? ¿Quién tiene la información?)</small>	Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono _____ Número de fax _____
Información que se divulgará: <small>(¿Qué quiere enviar o divulgar? Marque la opción correspondiente).</small> <input type="checkbox"/> Todos los registros médicos de Unity <small>(Puede incluir información sobre salud mental, uso y abuso de sustancias o alcohol, enfermedades contagiosas, embarazo y VIH/SIDA).</small>	Fecha de la atención: desde ____/____/____ hasta ____/____/____ <input type="checkbox"/> Informe de alta <input type="checkbox"/> Informes radiológicos <input type="checkbox"/> Historial de visitas al consultorio <input type="checkbox"/> Examen físico e historia clínica <input type="checkbox"/> Historial de rehabilitación (terapia física/terapia ocupacional) <input type="checkbox"/> Registro de vacunación <input type="checkbox"/> Informe de cirugías <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informe de patologías <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Copias de radiografías/imágenes <input type="checkbox"/> Registros de facturación <input type="checkbox"/> Otros _____
Sección de autorización especial <small>(Según el Título 16, Artículo 39, Capítulo 2 del Código de Indiana, esta autorización es válida por 180 días).</small>	La ley federal y estatal protegen la siguiente información. Si esta información corresponde con su caso, indique si quiere que se divulgue (incluya las fechas, según corresponda): Registros de abuso de alcohol, drogas o sustancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Resultados del examen de VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Registros de salud mental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Registros de psicoterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Registros de genética <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Instrucciones para la divulgación: <small>(¿Dónde y cuándo quiere recibir la información?)</small>	Método de divulgación/Formato solicitado: (marque uno) <input type="checkbox"/> Acceso electrónico: dirección de correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Memoria USB Fecha en la que se necesita la información _____ (Nuestro objetivo es procesar todas las solicitudes dentro de los 5 días hábiles siguientes a su recepción) Con mis iniciales aquí afirmo que entiendo que el correo electrónico o los medios de comunicación no encriptados (por ejemplo, CD, DVD, USB, etc.) no se consideran un medio de comunicación confidencial. Me han ofrecido un método seguro para recibir mis registros y he elegido recibirlos sin la protección de la codificación. Acepto renunciar a cualquier derecho que pueda tener frente a Unity Healthcare, cualquier organización afiliada, médicos o proveedores, por cualquier información que se vea comprometida por fallas técnicas y por la violación involuntaria de la confidencialidad.
Objetivo de la divulgación: <small>(¿Para qué se necesita?)</small>	<input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Seguro social/Discapacidad <input type="checkbox"/> Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) <input type="checkbox"/> Atención continua <input type="checkbox"/> Transferencia de la atención <input type="checkbox"/> Litigación/Procesos judiciales <input type="checkbox"/> Otros _____ <small>*Se pueden cobrar tarifas según el Título 760, Sección 1-71-3 del Código Administrativo de Indiana y el Título 45, Sección 164.524 del Código de Regulaciones Federales de EE. UU.</small>
<ul style="list-style-type: none"> • Esta autorización vence 90 días después de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario _____ • Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización en cualquier momento. Para anular esta autorización, debo redactar la solicitud por escrito y presentarla ante la entidad autorizada que se mencionó anteriormente. La anulación no aplicará para la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. • Entiendo que no es necesario firmar esta autorización para recibir tratamientos de atención médica. • Los expedientes de Unity Healthcare (UHC) pueden incluir registros que haya recibido de otras organizaciones. Si UHC ha utilizado y archivado estos registros en su carpeta de UHC, se podrán divulgar junto con sus registros de UHC. • UHC no puede impedir que la persona u organización que reciba sus expedientes en virtud de esta autorización vuelva a divulgar su información. Es posible que esa información no esté protegida por las medidas de protección de la privacidad estatales y federales después de su divulgación. Al firmar esta autorización, usted exime a UHC de toda responsabilidad relacionada con la divulgación de la información por parte del receptor. 	
Su firma indica que ha leído y entendido este formulario, y que autoriza la divulgación de su información, como se describió anteriormente. _____ Firma del paciente/Tutor legal Fecha _____ _____ Autorización para actuar en nombre del paciente (adjuntar documentación)	EL PERSONAL DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN: Fecha: _____ Iniciales de la persona que divulga la información _____