

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Cieveland Online	AUTORIZACION PA	RA DIVULGAR INFORMACIO	ON MEDICA	
1. Información del paciente	e:			
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)		N.º de registro médico de O	N.º de registro médico de Cleveland Clinic	
Dirección actual		Ciudad	Estado Código postal	
Últimos 4 dígitos del n.º del seguro social	Correo electrónico	Número de teléfono ( )	Fecha de nacimiento	
2. Divulgar información de	e (marcar todo lo que correspo	nda):		
		o o más establecimientos de Clevel rios médicos de Cleveland Clinic A	land Clinic Ohio: Akron (Partners Physician Group [PPG])	
NOTA: Para la divulgación de reg Clinic Florida, debe realizar directar			d Clinic Akron General (CCAG) y la Cleveland	
3. Divulgar información a:				
Nombre del destinatario				
D' ''		C' 1 1/E ( 1		
Dirección		Ciudad/Estado	Código postal	
Número de teléfono: ( )		Número de fax: ( )		
alternativa a continuación)  □ Impresa  □ Entrega electrónica segura (i Marcar la opción de entrega de		lectrónico del destinatario)		
Propósito de la divulgación:(El propósit	to de la divulgación se debe complet	tar antes del procesamiento: p. ei cont	inuación de la atención, uso personal, legal)	
	-		initiation de la atérieron, aso personiai, regair,	
Fechas de los servicios que se divulgo Usitas al consultorio	☐ Antecedentes y exame	en físico (HASTA):	s de terapia ocupacional/fisioterapia	
□ Informes del Departamento de Emerger			s de atención en el hogar	
□ Resumen del alta hospitalaria	□ Informes de laboratori	_	s de radioncología	
□ Informes quirúrgicos	☐ Informes de radiología	□ Otros		
médica solicitada puede contener informaci afecciones relacionadas con el SIDA, y/o al	ón relativa a enfermedades físicas y men buso de alcohol/drogas. <b>Esta autorizaci</b> ó	como se indica/describe anteriormente. Ent ttales, resultados de una prueba o diagnóstic ón no incluye el permiso para divulgar no psicoterapia requiere una autorización po	o de VIH, tratamiento del SIDA/de tas de psicoterapia de pacientes	
mediante un aviso por escrito presentado an	nte la Administración de Información Mé en respuesta a esta autorización. Entiendo	rización escrita a continuación, a menos q édica (consulte la información de contacto a o que el tratamiento, el pago, la inscripción o	continuación). La revocación no se aplicará	
		la y es posible que ya no esté protegida por o de los registros directamente a mi provecc		
Si la autorización no está completa,	firmada y fechada, se podrá devol	ver y esto dará lugar a que mi inform	nación no se divulgue hasta que se complete.	
	,		, ,	
Firma del paciente/representante person	al del paciente**	Nombre en letra de imprenta	/ / Fecha de la firma	
**Si la firma no es la del paciente, la solicitud <b>DI</b> poder notarial duradero para atención médica). E **En el caso de un paciente fallecido, la autoriza	EBE estar acompañada de una copia de la doc Excepción: padre/madre que firma en nombre o ción firmada por la persona nombrada debe es	rumentación legal que verifique al representante p de un paciente menor de dieciocho años. star acompañada de una nota u orden judicial que	radas del resto de los registros médicos de un paciente. ersonal del paciente (p. ej., tutor designado por un tribunal, designe un fiduciario, albacea o administrador, o de las on los documentos que nombran al administrador o albacea	

Presentar la solicitud ante una de las siguientes entidades:

 Health Information Management/Medical Record Department, Health Data Services Ab7 (Administración de Información Médica/Departamento de Registros Médicos, Servicios de Datos Médicos Ab7) 9500 Euclid Avenue, Cleveland, OH 44195

(2) Fax: 1-216-587-8043 ¿Preguntas? 1-216-444-5580