

Scenic Mountain Medical Center
Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

N.º de expediente médico _____

Por la presente autorizo a **Scenic Mountain Medical Center** a utilizar o revelar la información médica protegida de mis expedientes médicos que se especifica abajo:

1) NOMBRE DEL PACIENTE: (En letra de molde) _____ Fecha de nacimiento: _____				
Dirección: _____				
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	
Número(s) de teléfono de contacto: _____				
Correo electrónico: (Si corresponde) _____				
2) LA INFORMACIÓN SE REVELARÁ A:				
Nombre de la persona o del centro (en letra de molde)			Fax n.º _____	
Dirección (en letra de molde)	Ciudad	Ciudad	Código Postal	
Correo electrónico: (Si corresponde) _____				

3) Método de entrega preferido -			
<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal a la dirección indicada en el apartado 2 arriba <input type="checkbox"/> Recepción en persona			
4) Fechas de tratamiento desde: _____ Hasta: _____			
5) EXPEDIENTES/INFORMES ESPECÍFICOS A REVELAR:			
<input type="checkbox"/> Antecedentes de admisión y examen físico <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Informes de estudios de imagenología (especifique si es una tomografía computarizada [CT], radiografía, imagen por resonancia magnética [MRI]) <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Notas de la cirugía <input type="checkbox"/> Informes de electrocardiograma (ECG)		<input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación (fisioterapia [PT], terapia ocupacional [OT], terapia del habla) <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	

6) REVELACIÓN RESTRINGIDA: No revelaremos la siguiente documentación a menos que usted marque la casilla correspondiente y proporcione una firma adicional:

Revelación	Firma	Revelación	Firma
<input type="checkbox"/> Documentación de los proveedores de salud mental/conductual*		<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas/Resultados de las pruebas*	
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de detección de VIH/SIDA		<input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas Tratamiento*** o <input type="checkbox"/> abuso de sustancias	
<input type="checkbox"/> Comunicaciones confidenciales con un trabajador social		<input type="checkbox"/> Abuso y abandono de niños y adultos mayores	
<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de agresión sexual/violación		<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de violencia doméstica	
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual			

* Esta autorización no es válida para el uso o revelación de notas de psicoterapia

** El término "pruebas genéticas" se refiere únicamente a las pruebas que determinan sus posibilidades futuras de desarrollar una enfermedad, no a las pruebas realizadas para diagnosticar una condición o problema actual.

***Solo se aplica a los expedientes creados por un "individuo o entidad que se presenta como proveedor de diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento". (Código de Reglamentos Federales 42 [CFR] Parte 2) No se exige para los expedientes que se crean o mantienen en un centro médico general.

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2



* S C A - R O I *

Scenic Mountain Medical Center

Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

7) SOLICITUD DE EXCLUSIÓN:

Solicito que la o las siguientes admisiones/visitas se excluyan específicamente de esta solicitud _____ (especifique fechas de servicio).

8) PROPÓSITO DE REVELACIÓN:

Atención médica Legal Seguro Personal Otros _____

*Se pueden aplicar cargos

9) PLAZO:

- Esta Autorización permanecerá vigente durante un año o:
- Hasta que **Scenic Mountain Medical Center** atienda esta solicitud..
 - Desde la fecha de la autorización hasta _____ el día de _____ de 20_____
 - Hasta que ocurra el siguiente evento: _____
 - Otro: _____

10) REVOCACIÓN: Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento solicitándola a **Scenic Mountain Medical Center** por escrito en la dirección indicada abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que **Scenic Mountain Medical Center** reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que **Scenic Mountain Medical Center** haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Gestión de la información médica

Scenic Mountain Medical Center

1601 W 11th Place,
Big Spring, TX 79720

11) EFECTO SOBRE EL TRATAMIENTO/PAGO/INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD: Comprendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización por cualquier motivo; y que, al hacerlo, no se verán afectados el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento, el pago, la inscripción en el seguro de salud o la posibilidad de recibir beneficios en **Scenic Mountain Medical Center**.

12) POTENCIAL DE REVELACIÓN POSTERIOR: Comprendo que la persona que reciba mi Información Médica Protegida puede no estar obligada a cumplir con las leyes de privacidad federales y estatales, y que mi Información Médica Protegida podría dejar de estar protegida por la ley estatal y federal aplicable una vez que sea revelada por **Scenic Mountain Medical Center**.

13) ACCESO: Comprendo que, en determinadas circunstancias, **Scenic Mountain Medical Center** tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El **Scenic Mountain Medical Center** me notificará por escrito tales denegaciones.

He leído y comprendido los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre el uso o revelación de mi información médica. Con mi firma abajo, autorizo a **Scenic Mountain Medical Center**, con conocimiento de causa y de forma voluntaria, a utilizar o revelar mi información médica en la forma descrita arriba.

14)

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente en letra de molde

Testigo

For Office Use:

I.D Verification _____

Firma del representante autorizado Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización:

15)

Firma del representante personal

Fecha

Nombre en letra de molde del representante del paciente Relación con el paciente o autoridad para actuar en su nombre

Las preguntas sobre revelación deben dirigirse al director de gestión de información médica del hospital.

For Office Use:

Copy of this authorization provided to the patient

Copy of this authorization provided to the personal representative

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2

Signature of Personnel Completing Request

Print Name

Date

Time



Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (HIM 44)
SMM_ROI_14000S 03/2023 Page 2 of 2 Original Medical Record

* S C A - R O I *