

## Autorización para solicitar / enviar historial médico

### Información del paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Institución a la que se le solicita el historial médico:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Institución a la que enviaremos el historial médico:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Fechas de solicitud del historial médico: Desde \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_**

### **Información médica que está siendo solicitada\*:**

- ☐ **Historial médico**
- ☐ **Historial de salud del comportamiento**
- ☐ **Historial de tratamientos por desorden de abuso de sustancias**
- ☐ **Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_**

\*Entiendo y acepto que la solicitud que estoy autorizando puede incluir información que podría ser considerada información acerca de servicios de planificación familiar y enfermedades contagiosas, lo que puede incluir, pero no está limitado a: hepatitis, sífilis, gonorrea, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Entiendo que, si existiese, mi historial médico de tratamiento por desorden de uso de sustancias se encuentra protegido bajo regulaciones federales que están gobernadas por el 42° Código de Regulaciones Federales: Confidencialidad e Historial Médico de Abuso de Sustancias Ilícitas, parte 2, por la Ley de Contratación y Responsabilidad en los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) y por el 45° CRF, puntos 160 y 164. Esta información no puede ser divulgada sin mi autorización por escrito a menos que las regulaciones, otra ley gobernante o una orden judicial establezcan lo contrario. También entiendo que, al autorizar la solicitud del historial médico, puede que haya información limitada que incluya uso de sustancias y/o diagnósticos y tratamientos relacionados con salud del comportamiento.

### **Propósito**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Coordinación de cuidados de salud  |
| <input type="checkbox"/> Legal        | <input type="checkbox"/> Transferencia de cuidados de salud |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____                 |

### **Firma del paciente:**

Por medio de la presente firma yo certifico: 1: Si estoy solicitando historial de salud del comportamiento y/o de desorden de uso de sustancias que tengo al menos 16 años de edad; o si estoy solicitando el historial médico que tengo al menos 18 años de edad, o 2: Que soy el padre/la madre, guardián legal o custodio legal del receptor de un servicio que tiene menos de 16 años de edad en el caso de solicitud del historial de salud del comportamiento y/o de desorden de uso de sustancias, o que tiene menos de 18 años en el caso de solicitud de historial médico, o 3: Que soy el tutor o guardián del receptor del servicio, o 4: Que soy el tutor *ad litem* del receptor del servicio, con el propósito de un litigio en el que el tutor *ad litem* está sirviendo, o 5: Que soy el apoderado, en posesión de un poder general, que tiene el derecho de tomar decisiones bajo la jurisdicción del poder general en nombre del receptor del servicio, o 6: Que soy el albacea, administrador o representante personal en nombre del receptor del servicio ya fallecido. Entiendo que esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha en que se firma, y que puedo cancelar esta solicitud con una notificación por escrito firmada por mí, pero dicha notificación no tendrá ningún efecto en la información que ha sido solicitada antes de la emisión de la notificación de cancelación por escrito.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma de autorización: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: ☐ Yo soy el paciente  
☐ Otro: \_\_\_\_\_