

N.º de registro médico: \_\_\_\_\_

**The University of Mississippi Medical Center (UMMC)**  
**Autorización para la divulgación de información de salud**

\* El UMMC no aceptará formularios incompletos \*

**Seleccione la ubicación para la que autoriza la divulgación de su información de salud protegida (PHI).**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Jackson:</b> 2500 North State Street Jackson, MS 39216    | <input type="checkbox"/> <b>Madison:</b> 161 River Oaks Drive Canton, MS 39046 |
| <input type="checkbox"/> <b>Grenada:</b> 960 J K Avent Drive Grenada, MS 38901        | <input type="checkbox"/> <b>Clínica/Otra (especificar):</b> _____              |
| <input type="checkbox"/> <b>Lexington:</b> 239 Bowling Green Road Lexington, MS 39095 |  |

**Información del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Divulgación de información**

Divulgar a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Objetivo de la divulgación**

- Personal  Legal/Abogado  Seguro  Discapacidad  Atención continua  Escuela  
 Indemnización laboral  Otros (especifique): \_\_\_\_\_

**PHI que se divulgará**

**Formato de la divulgación:**  Papel  Electrónico  Acceso de visualización según lo programado

**Fechas de servicio:** Desde \_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_ La información se necesita a más tardar el (opcional): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos             | <input type="checkbox"/> Notas de terapia ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Informe operativo        | <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas             | <input type="checkbox"/> Registros dentales           |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso        | <input type="checkbox"/> Informe de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Registro médico completo     |
| (No incluye imágenes)                             |  |   |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta          | <input type="checkbox"/> Registro de vacunación            |   |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio  | <input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia             |   |

Otra: \_\_\_\_\_

**Divulgación de información sensible:** Entiendo que esta información de salud puede incluir información sensible. Al firmar este formulario, autorizo específicamente la divulgación de cada elemento de información sensible en el que escribí mis iniciales:

- Información sobre tratamiento de abuso de sustancias       Información sobre salud mental  
 Información relacionada con el VIH (incluidas las pruebas relacionadas con el SIDA)       Pruebas genéticas  
 Otro tipo de abuso

**Derechos del paciente**

Esta autorización vencerá dentro de 6 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que cuando doy permiso para divulgar mi información de salud o retiro el permiso a otro centro o persona, debo ponermel en contacto con esa entidad. Si deseas retirar tu permiso, envíe una notificación por escrito con la firma y fecha de la información del paciente que se hubiera divulgado a: UMMC, Attention: Office of Integrity & Compliance, 2500 North State Street, Jackson, MS 39216-4505. La notificación debe incluir información detallada, tal como se identifica en la solicitud de autorización original. Entiendo que la información que se utiliza o divulga en virtud de esta autorización puede quedar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por los reglamentos federales sobre privacidad. Entiendo que este formulario es voluntario y que UMMC no condicionará mi tratamiento al hecho de dar esta autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo. He leído atentamente y comprendo los Derechos del paciente arriba indicados y, por la presente, autorizo expresa y voluntariamente la divulgación de toda la información solicitada en esta autorización, incluida la "Divulgación de información sensible". Ratifico esta autorización con mi firma abajo

\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del paciente/representante

Descripción

Fecha

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Testigo

Fecha

\*\* Si este formulario se firma en nombre de un representante del paciente, la persona que firma debe documentar la relación que se haya indicado.

\*\* Si el paciente mencionado arriba es menor de 18 años, este formulario de autorización (y cualquier revocación) debe firmarlo

un parenté, tutor u otra persona que actúe en loco parentis que tenga la autoridad para actuar en nombre del menor. Como

persona que firma en nombre del paciente, yo, el parenté, tutor, parte que actúa como loco parentis o representante legal

garantizo que tengo la autoridad legal para actuar en nombre del paciente y que no tengo prohibición emitida por orden judicial

ni según la ley para tener acceso a los registros médicos solicitados.