



**Autorización para revelar información
médica de Woman's Hospital**

Número del expediente médico _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Por este medio autorizo al personal apropiado de **WOMAN'S HOSPITAL** a revelar mi información médica a, o permitir que mi expediente **sea revisado por**:

Destinatarios:			
Dirección del destinatario:			
Atención a:		Número de contacto:	

Propósito de la revelación

- Tratamiento en otro centro
- Solicitud de seguro
- Tratamiento por un médico
- Investigación
- Marketing o recaudación de fondos
- Procesamiento de mi reclamo al seguro
- Personal (cuando lo pida)
- Una entrevista
- Remisión del programa GRACE (coordinación de la atención para el trastorno por consumo de sustancias)
- Publicación, transmisión, en línea, redes sociales u otro tipo de difusión por el hospital o los medios de comunicación.
- Otros motivos; especifique: _____

Especifique la información que quiere revelar marcando las casillas correspondientes:

Fechas de los servicios			
<input type="checkbox"/> Registros del centro de evaluación	<input type="checkbox"/> Expediente completo	<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de laboratorio	
<input type="checkbox"/> Expediente clínico	<input type="checkbox"/> Registro de facturación completo	<input type="checkbox"/> Notas de enfermería	
<input type="checkbox"/> Reportes de las consultas; especifique el médico	<input type="checkbox"/> Historia y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Reportes operativos	
<input type="checkbox"/> Información demográfica	<input type="checkbox"/> Resultados del diagnóstico por imágenes	<input type="checkbox"/> Fotografía/video	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Registros de vacunas	<input type="checkbox"/> Órdenes del médico	
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Factura detallada	<input type="checkbox"/> Notas de progreso del médico	
<input type="checkbox"/> Otros registros; especifique: _____			

- Información sobre enfermedades, operaciones o eventos relacionados con el nacimiento de mi hijo

Es necesario un consentimiento especial para revelar la siguiente información. Indique su autorización marcando las casillas correspondientes. NO SE REVELARÁ NINGUNA INFORMACIÓN SI LA CASILLA NO ESTÁ MARCADA.

- La siguiente información sobre trastornos por consumo de sustancias: Historia y exámenes físicos Medicamentos
- Datos demográficos
 - Diagnóstico
 - Resumen del alta o instrucciones
 - Resultados de laboratorio
 - Órdenes (médico/LIP)
 - Notas de progreso (médico/LIP)
 - Evaluación psiquiátrica
 - Plan de tratamiento
 - Evaluación psiquiátrica
 - Plan de tratamiento
 - Otro; especifique: _____
 - Todos los registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (incluye todos los registros de trastornos por consumo de alcohol, drogas u otras sustancias que mantuvo el proveedor/programa de tratamiento, relacionados con el paciente, incluyendo todos los formularios de ingreso e información demográfica, medicamentos, historia médica, órdenes (médico/LIP), evaluación psiquiátrica, información de pruebas clínicas y otra información de tratamiento).
 - Resultados de las pruebas de VIH o sida
 - Registros/resultados de pruebas/diagnósticos de salud mental

RESULTADOS DE PRUEBAS GENÉTICAS (debe especificar los resultados de las pruebas que quiere revelar marcando o escribiendo abajo):

- Análisis de cromosomas (especifique abajo):**
- Sangre
 - Médula ósea
 - CVS
 - Líquido amniótico
 - Tejido
 - Factor V de Leiden
 - ADN de protrombina
 - UroVysion
 - Otro: _____
 - Reductasa de metilentetrahidrofolato
 - FISH de Her2/neu para cáncer de mama
 - Fibrosis quística

Marketing

Si estoy dando autorización para fines de marketing, entiendo que Woman's Hospital puede recibir un beneficio monetario (directa o indirectamente) de un tercero por usar la información de mi paciente.

