

CARROLLTON REGIONAL MEDICAL CENTER
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente, autorizo Carrollton Regional Medical Center a divulgar mi información de salud identificable, según se detalla a continuación. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Comprendo, además, que mi atención médica y el pago por dicha atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario.

Comprendo que, si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta, es decir, una compañía de seguros o un proveedor que no proporcione atención médica existe la posibilidad de que la información divulgada ya no esté protegida por las leyes federales y las normas estatales de privacidad.

Comprendo que dicha autorización caducará al cabo de 180 días a partir de la fecha de la firma o en la fecha o el evento que se especifica aquí _____ (fecha de caducidad o evento).

Comprendo, además, que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, enviando una notificación por escrito al centro Carrollton Regional Medical Center donde se firmó dicha autorización. También comprendo que la revocación por escrito debe estar firmada y con una fecha que sea posterior a la fecha de esta autorización. La revocación no afectará ninguna divulgación que se haya hecho con antelación a recibir la revocación por escrito.

Comprendo que se puede generar un cargo por las fotocopias y los registros proporcionados en medios de información electrónicos, según lo permitido por la ley de Texas, a menos que las copias se envíen directamente a otro proveedor de atención médica.

Nombre del paciente	Últimos 4 dígitos del número de seguro social	Fecha de nacimiento <small>MM DD AAAA</small>	N.º de cuenta:	N.º de exp. méd.
Dirección		Ciudad, estado		Código postal
Número de teléfono		Correo electrónico:		

La información se divulgará a: ☐ Paciente/persona designada ☐ Entidad de atención médica ☐ Compañía de seguros
☐ Abogado ☐ Otro

Nombre de la persona/organización	Número de teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal
Número de fax	

Propósito del uso y/o de la divulgación: ☐ Atención continua ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Uso personal ☐ Otro _____

Entrega de la copia del registro: Si solicitó que se envíen los registros directamente a usted, le enviaremos un correo electrónico con un enlace para descargarlos, a menos que especifique lo contrario: ☐ Por vía fax al proveedor/centro de atención médica ☐ Correo postal
☐ PDF por correo electrónico de ☐ Recoger ☐ Otro _____

Información que se divulgará desde los centros de CRMC: ☐ Carrollton ☐ Fort Worth ☐ Addison ☐ Otro _____

Divulgue la siguiente información para las fechas de tratamiento: _____

Si corresponde, incluya la siguiente información:

<small>INICIALES DEL PACIENTE</small> Abuso de alcohol y drogas	<small>INICIALES DEL PACIENTE</small> Pruebas genéticas	<small>INICIALES DEL PACIENTE</small> VIH/sida	<small>INICIALES DEL PACIENTE</small> Salud mental
<input type="checkbox"/> Resumen únicamente (notas clínicas, historial clínico y exámenes físicos, informes de procedimientos, patología, consultas, resultados de pruebas, resumen del alta hospitalaria)			
<input type="checkbox"/> Notas clínicas	<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología
<input type="checkbox"/> Departamento de emergencias	<input type="checkbox"/> Resumen de alta hospitalaria	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> (solo en CD)
<input type="checkbox"/> Registros de facturación	<input type="checkbox"/> Historia clínica y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos	<input type="checkbox"/> Informes de radiología
<input type="checkbox"/> Historia clínica completa (conlleva un cargo)	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Notas de la evolución	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

Comprendo que el registro puede estar incompleto, si se trata de una visita reciente, y que se puede agregar documentación adicional luego de enviar esta solicitud.

Al escribir mi nombre a continuación, certifico que esta información puede utilizarse con el propósito de procesar mi solicitud para la Autorización de divulgación de información. Esto se considera como mi firma electrónica para dicha solicitud.

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

Nombre del paciente o del representante legal en letra de imprenta

Relación con el paciente

Autoridad del representante para actuar en nombre del paciente (adjunte la documentación de respaldo)

CARROLLTON REGIONAL MEDICAL CENTER



CRMC-900024SP (Rev. 10/25)

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION