



Affix Patient Label

Solicitud de acceso a o autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida

Nombre del nacimiento: _____
Apellido Primer nombre

Fecha de nacimiento: _____
Mes Dia Año

Autorizo que Bronson Healthcare Group utilice o divulgue mi información de salud protegida que se indica a continuación a:

NOMBRE: _____

DIOMICILIO: _____ CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

Información que se divulgará:
(Marque todas las opciones que correspondan).

- Resumen del alta
Historial y examen físico
Notas de progreso
Informes del laboratorio
Informes de radiografías
Registros de los medicamentos utilizados
Factura detallada
Otro (especifique el contenido y las fechas)

Específicamente, autorizo la divulgación de información acerca de:
Abuso de sustancias (como alcohol y drogas)
Salud mental (por ejemplo, notas de psicoterapia)
Información relacionada con el VIH (pruebas relacionadas con el SIDA)
Firma del paciente

Propósito de la divulgación:

- Cambio de médicos
Consulta
Seguro o compensación para los trabajadores
Escuela
Investigación
Por solicitud del individuo
Legal (especifique)
Otro (especifique)
Para mi propio uso

Affix Patient Label

Reconocimiento de que comprende:

- Comprendo que esta autorización vence al año de la fecha de la firma.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento con sólo escribir al Bronson Methodist Hospital o al Bronson Vicksburg Hospital.
- La cancelación entrará en vigor en la fecha que se realizó la notificación, excepto para aquellas acciones que ya se hayan llevado a cabo.
- Comprendo que si entrego mi historial médico a un consultorio médico, éste puede divulgarlo. Sé que tengo que revisar las normas de privacidad del consultorio.
- Se me entregará un resumen de mi historial médico, a menos que solicite el historial completo.
- No se me impondrán condiciones si firmo este formulario.
- Recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.

Las leyes del estado de Michigan indican que es posible que tenga que pagar:

- Las copias de mi historial
- La inspección de mi historial
- El resumen por escrito de los hallazgos

El Bronson Healthcare Group no recibirá ningún beneficio de la divulgación de esta información.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Paciente o de su Representante

Fecha