

Favor de escribir en LETRA MOLDE (salvo la firma) y dar información completa en cada sección

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ # Seguro Social _____

Comprendo que al firmar este formulario, le doy permiso a UIHC que haga pública información tocante al paciente arriba mencionado a:

Nombre de la persona y/o Institución

Dirección postal completa/Calle/Caja postal

Ciudad, estado, zona postal

Marque la información adecuada (incluya fechas necesarias): _____ El mínimo necesario o especifique:

Lista de medicinas Lista de alergias Vacunas Lista de problemas (Resumen)

Historial más reciente o examen físico y fecha específica _____

Resumen más reciente de egreso del hospital o fecha específica _____

Resultado de análisis, especifique tipo o fecha _____

Reportes radiográficos, especifique tipo o fecha _____

Reportes de consultas (especifique médico o clínica) _____

Resultados de pruebas (EEG, PFP), especifique tipo o fecha _____

Información sobre cobros, especifique _____

Otro, especifique _____

Según mi petición la razón para hacer pública la información es: atención médica legal seguro otro (especifique)

Esta autorización es voluntaria y puedo cancelar este permiso para hacer pública información en cualquier momento, enviando una carta al Director of Health Information Management, University of Iowa Hospitals and Clinics, 200 Hawkins Drive, Iowa City, IA 52242. Comprendo que cualquier diseminación efectuada antes de mi cancelación según los cumplimientos de esta autorización, no constituirá una ruptura de mis derechos de privacidad. La diseminación de esta información lleva consigo la probabilidad de re-diseminación no autorizada y una vez que se haga público esta información quizás no esté protegida por reglamentos federales de privacidad. Comprendo que puedo revisar la información diseminada o hacer indagaciones al respecto poniéndome en contacto con el Director de Información de Salubridad a la misma dirección antes mencionada.

Comprendo que quizás UIHC no exija que se llene este formulario como condición previa de tratamiento. No obstante, cuando se provee atención médica con el único propósito de producir un expediente médico (información de salubridad protegida) para una tercera entidad, si rehuso firmar esto puede resultar en que me nieguen atención médica.

Comprendo que la información que se va a hacer pública incluye información en las siguientes categorías o no ser que yo niegue específicamente su diseminación (**ponga sus iniciales** en cualquier categoría **que no** deba hacerse pública).

Abuso de sustancias adictivas _____ Salubridad mental _____ Información relacionada con VIH _____

Este acuerdo se vence al año de la fecha que aparece en la firma, a no ser que se haya previamente revocado o si hay cualquier otra indicación (especifique los números de días y meses) _____.

Firma del paciente, padre o guardián

Fecha

Dirección postal completa/Calle/Caja postal

Ciudad, estado, zona postal

Parentesco, si no es el paciente

Firma del testigo

UIHC use only: Upon satisfying release, date & sign, record on the Release of Information Tracking (ROIT) system and file the original of this form in the back of the medical record. If unable to enter this information release on the ROIT system, forward to the Release of Information Office, HIM, 2 SRF.

Info. sent: _____
Name/Department Date

Recorded on ROIT System: _____
Operator Name/Department Date