

Llene la información a continuación y envíela por correo a: Mary Washington Hospital Health Information Management Department, 1201B Sam Perry Blvd, Suite 210, Fredericksburg, VA 22401 o envíe un fax al: (540) 741-1622

Autorizo a los siguientes establecimientos de Mary Washington Healthcare: \_\_\_\_\_  
A divulgar información del expediente de: A obtener expedientes de \_\_\_\_\_ sobre:  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N° de seguro social: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de teléfono diurno: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_

La documentación puede divulgarse electrónicamente si se guarda en un formato electrónico.

Formatos preferidos:  Papel  CD  Expediente virtual eDelivery Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fechas de servicio: Del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Información a divulgar:**

- Historial & Examen físico
- Informe de consulta
- Notas de evolución del médico
- Informe de electrocardiograma
- Drogas & Alcohol\*
- Resumen de alta
- Informe operativo
- Informe de laboratorio
- Expedientes psiquiátricos\*
- Hoja clínica completa\*
- Informe de sala de emergencias
- Informe patológico
- Informe de radiología/imagenología
- Expedientes de VIH\*
- Directriz Anticipada (cualquier fecha de servicio)

Orden de no resucitar (cualquier fecha de servicio) Otra: \_\_\_\_\_

**\* Las solicitudes de hojas clínicas completas no incluyen registros de psiquiatría, drogas y alcohol o expedientes de VIH, a menos que se solicite específicamente en este formulario.**

Persona/Establecimiento que recibirá la información: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Esta información será divulgada para el siguiente propósito: \_\_\_\_\_

**Autorización para divulgar información:**

1. Entiendo que es voluntario autorizar la divulgación de esta información médica. Me puedo negar a firmar esta autorización. No es necesario firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará según lo dispuesto en la sección 64.524 del Código de Regulaciones Federales. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y dicha información podría no estar protegida por las leyes federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme al Departamento de Administración de Información Médica al (540) 741-1620.
2. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación escrita de mi revocación dirigida al representante de privacidad, salvo que ya se hayan tomado acciones con base en esta autorización. Si no la revoco antes, esta autorización se vencerá en la fecha, suceso o condición descrita como: \_\_\_\_\_ (si no hay alguna especificación, esta autorización se vencerá 6 meses después de la fecha indicada abajo).
3. Entiendo que recibiré una copia de este formulario de autorización después de que firme. Entiendo que se aplicarán cargos por copias. Las primeras 50 páginas a \$0.50 por página y \$0.25 por cada página posterior; y en microfilme a \$1.00 por página.

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Signature of Patient or Legal Representative)

- Padre o tutor legal
- Poder notarial médico
- Pariente más cercano fallecido
- Albacea de herencia

\*\*\*\*\*

**Uso exclusivo del departamento**

N° de expediente médico \_\_\_\_\_ Identificación verificada (Tipo y N° de ID) \_\_\_\_\_

Procesado por: \_\_\_\_\_ Fecha de procesamiento: \_\_\_\_\_ Páginas entregadas: \_\_\_\_\_



**Mary Washington Healthcare**

- Mary Washington Hospital
- Stafford Hospital

Patient Identification

**Authorization to Release Confidential Medical Information**