

No podemos procesar autorizaciones incompletas. Para prevenir demoras en el procesamiento de esta solicitud, favor de llenar todas las secciones de la autorización. Se devolverán las autorizaciones incompletas.

Datos del paciente	Nombre del paciente			
	Dirección			
	Ciudad/estado/código postal			
	Número de teléfono			
	Fecha de nacimiento			
Centro clínico de donde proviene la divulgación	☐ Lovelace Medical Group	☐ New Mexico Heart Institute		
	☐ Lovelace Medical Center	☐ Lovelace Roswell Regional Hospital		
	☐ Lovelace Westside Hospital	☐ Lovelace UNM Rehab Hospital		
	☐ Lovelace Women's Hospital	Otro centro clínico, favor de indicar a continuación el nombre de dicho centro clínico:		
	☐ Heart Hospital of New Mexico			
Centro clínico/ persona(s) que recibirán la información	Nombre			
	Dirección			
	Ciudad/estado/código postal			
	Número de teléfono			
	Número de fax			
La información:		Formato que se solicita:	La información que se solicita se utilizará para el(los) fin(es) siguiente(s):	
☐ Se enviará a la dirección que se indica más arriba ☐ Se recogerá (Llame cuando esté lista para recogerla) ☐ Se enviará por fax al número que se indica más arriba		☐ Expedientes impresos ☐ CD ☐ Expedientes por correo electrónico Dirección de correo electrónico: _____	☐ Continuidad de la atención médica ☐ Determinación de incapacidad ☐ Seguros ☐ Legal ☐ Uso personal	
Fecha(s) del servicio solicitado: De _____ a _____				
Proporcione una descripción específica de los datos que se divulgarán	☐ Expedientes de cobros ☐ Consultas ☐ Resumen de dada de alta ☐ Electrocardiogramas ☐ Expedientes de emergencia	☐ Carátula ☐ Historial y chequeo físico ☐ Radiografías/imágenes ☐ Informes de radiografías/imágenes ☐ Películas/CD ☐ Laboratorio	☐ Expedientes de medicamentos ☐ Expedientes de enfermería ☐ Informe operativo ☐ Informe de patología ☐ Órdenes del médico	☐ Notas sobre el progreso ☐ Expedientes de terapia ☐ Todos los expedientes ☐ Otro:

Expedientes de salud conductual, VIH, enfermedades de transmisión sexual, resultados de la prueba genética	<i>Si se solicitan estos tipos de expedientes, el paciente tiene que marcar la casilla pertinente y firmar a continuación para autorizar la divulgación.</i> ☐ Expedientes de salud conductual ☐ Expedientes de VIH ☐ Expedientes de enfermedades de transmisión sexual ☐ Expedientes del tratamiento por alcohol/drogas ☐ Resultados de la prueba genética y expedientes conexos Se exige la firma del paciente o del representante legal: _____
--	---

- Entiendo que esta autorización se hace voluntariamente y que puedo negarme a firmar esta autorización. El hecho que me niegue a firmarla no afectará mi elegibilidad para recibir beneficios ni mi inscripción, ni los pagos de la cobertura de servicios, ni la capacidad de conseguir tratamientos, salvo según se estipule en la sección de NOTA que se encuentra al pie de este formulario.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con solo avisar por escrito al centro clínico que divulga los expedientes al Lovelace Health System, salvo en la medida que ya se haya tomado acción conforme a esta autorización; o si esta autorización se obtiene como condición de conseguir la cobertura de seguro, otras leyes le otorgan al asegurador el derecho de impugnar una demanda de seguro, ya sea conforme a la póliza de seguro o por la póliza de seguro misma.
- Entiendo que la información que autorizo que reciba una persona o entidad se pudiera divulgar de nuevo y ya no estará protegida por los reglamentos federales de privacidad.
- Esta autorización permanecerá en vigor y vigencia por un año a partir de la fecha de la firma o hasta el _____ cuando caducará esta autorización de divulgación de esta información médica protegida.

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Fecha

Nombre en letra de molde del paciente o del representante legal del paciente

Su relación o parentesco con el paciente o la autoridad del representante que le permite actuar en nombre del paciente, si corresponde

NOTA: Si el fin de esta autorización es el uso y/o la divulgación de la información médica ☐ para un estudio de investigación y me niego a firmar esta autorización, Lovelace Health System reserva el derecho de denegarme el tratamiento correspondiente a dicha investigación. Si el fin de esta autorización es la divulgación de la información médica a otra parte basada en la atención médica que se presta solo para obtener dicha información y me niego a firmar esta autorización, Lovelace Health System reserva el derecho de denegarme dicha atención médica. Lovelace reconoce los derechos del paciente, conforme a la ley HIPAA, para obtener acceso a copias de su información médica. A lo mejor le cobren por procesar la solicitud y producir los expedientes que se solicitan.

Se le aportará copia de este formulario firmado al paciente.

Solo para que lo llene el personal de la oficina (For Office Use Only):	
ID Verified ☐ Yes ☐ No	
Type of ID ☐ Driver's License ☐ Military ☐ School ☐ Other _____	
Verified by _____	_____
Employee Name	Date