

PROGRAMA DE SALUD MÓVIL DE MAINE
SOLICITUD DEL PACIENTE PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

A QUIÉN SE DIVULGA LA INFORMACIÓN: *(marque la opción que aplique)*

{ } Pido y autorizo a _____ (Nombre del proveedor) a **divulgar** mi información de salud médica, incluso mis archivos médicos, **A** la siguiente entidad:

Nombre de la Organización: _____

Dirección de la Organización: _____

Número de teléfono: _____

O

{ } Pido y autorizo a _____ (Nombre del proveedor) para **recibir** mi información de salud médica, incluso mis archivos médicos, **DE** la siguiente entidad:

Nombre de la Organización: _____

Dirección de la Organización: _____

Número de teléfono: _____

TIPO DE INFORMACIÓN QUE PUEDE SER DIVULGADA:

Autorización general (limitada a un (1) año de información a menos de que haya un pedido explícito).

Tipo de historial médico

Fecha(s) de Divulgación

{ } Archivo médico completo (menos información protegida)	____/____/____ a ____/____/____
{ } Informe de alta	____/____/____ a ____/____/____
{ } Resultados del laboratorio (incluya cada solicitud más abajo)	____/____/____ a ____/____/____
{ } Historia y chequeo	____/____/____ a ____/____/____
{ } Rayos X	____/____/____ a ____/____/____
{ } Informe de cirugía	____/____/____ a ____/____/____
{ } Informe de consulta	____/____/____ a ____/____/____
{ } Otro informe	____/____/____ a ____/____/____

INFORMACIÓN PROTEGIDA**SOLICITUD DEL PACIENTE PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

{ } Abuso de drogas/alcohol	___/___/___ a ___/___/___
{ } Salud mental	___/___/___ a ___/___/___
{ } Enfermedades Transmisibles	___/___/___ a ___/___/___
{ } VIH	___/___/___ a ___/___/___

En el espacio más abajo, favor de indicar cualquier información adicional relacionada con ésta solicitud.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si quiero revocar esta autorización debo hacerlo por escrito y entregarla al Oficial de Privacidad Principal del Programa de Salud Móvil de Maine. Entiendo que cualquier revocación no afectará información divulgada anteriormente bajo esta autorización. Entiendo que esta autorización para divulgar información médica es voluntaria. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de re-divulgación no autorizada y que la información puede no ser protegida por leyes federales de privacidad.

Firma del paciente o representante legal del paciente

Fecha

Si es el/la representante legal, favor de explicar su relación con el paciente:

{ } Marque aquí si quiere que el Programa de Salud Móvil de Maine mande la información por fax.

Número de fax: _____

Debido a asuntos de confidencialidad, somos reacios de mandar su información médica por medio ya que no podemos confirmar que el fax recibiendo su información es el destinatario deseado o si la información en el fax se mantendrá confidencial.