



AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # de expediente médico \_\_\_\_\_
Por la presente autorizo al Centro de Ciencias de la Salud de UNM para recibir información médica de:

Médico/hospital solicitante

Nombre: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_

Con la finalidad de:

Información para divulgar:

- [ ] consulta/ingreso más reciente [ ] apuntes de progreso [ ] expediente escolar
[ ] historial y examen físico [ ] exámenes de laboratorio [ ] evaluación psicológica
[ ] evaluación inicial [ ] informes de radiografías [ ] evaluación de fisioterapia
[ ] informes de consulta [ ] informes de patología [ ] evaluación de habla/lenguaje
[ ] informe quirúrgicos [ ] expediente de la sala de [ ] terapia ocupacional
[ ] resumen de dada de alta emergencias/registro de paciente externo
[ ] otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

Cubriendo los periodos de atención médica: hasta (fecha) \_\_\_\_\_
desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_
desde (fecha) \_\_\_\_\_

Autorizo que ésta incluya información relacionada con (escriba sus iniciales si aplica):

- [ ] sí [ ] no síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) u otras enfermedades de transmisión sexual \_\_\_iniciales
[ ] sí [ ] no behavioral health services/psychiatric care \_\_\_iniciales
[ ] sí [ ] no treatment for alcohol and/or drug abuse \_\_\_\_\_iniciales

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo de hacerlo por escrito y presentarlo al Departamento de Administración de la Información de la Salud (Health Information Management Department). Entiendo que la revocación no aplica para información que ya haya sido divulgada como respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguro médico cuando la ley proporciona a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento, o condición: \_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización se vencerá dentro de seis meses de la fecha que fue firmada.

Entiendo que una vez que se divulga la información arriba, puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y puede ser que esta información no esté protegida por leyes o reglamentos federales sobre la privacidad.

Entiendo que el autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar esta autorización para asegurar tratamiento de atención médica.

Favor de mandar por fax las copias de mi expediente a: UNMHSC Clinic: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Favor de mandar por correo las copias de mi expediente a:

- [ ] University Hospital, Health Information Mgmt/Medical Record Dept, 2211 Lomas Blvd NE, Albuquerque, NM 87106
[ ] UNM Psychiatric Center, Health Information Mgmt/Medical Record Dept , 2600 Marble NE, Albuquerque, NM 87131
[ ] UNM Children's Psychiatric Center, Health Information Mgmt,1001 Yale Blvd NE, Albuquerque, NM 87131
[ ] Carrie Tingley Hospital, Health Information Mgmt Dept, 1127 University Blvd NE, Albuquerque, NM 87102
[ ] UNM Cancer Research & Treatment Center, Health Information Mgmt Dept, MSC 08 4630,1 University of New Mexico, Albuquerque, NM 87131
[ ] UNMHSC Clinic/Department: \_\_\_\_\_

Firma, Paciente, o representante legal (Relación con el paciente) (Fecha)

Firma del testigo (Fecha) (Padres, si es un paciente de CPH/PFC&A (Fecha) que sea mayor de 14 años)