

## SOLICITUD PARA ACCEDER A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Departamento de Información Médica (Health Information Department)  
1600 1<sup>st</sup> Street East Independence, IA 50644  
(319) 332-0999 Ext 1051 Horario de atención lun. - vier. 7:00 a. m. a 4:00 p. m.

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

### PROVEEDOR: (Quién revela la información)

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

### SOLICITANTE: (A dónde quiere que se envíe la información)

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

### OBJETIVO DE LA REVELACIÓN: (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLICAN)

☐ Atención continua ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Uso personal ☐ Otro: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOLICITADA

Para fechas de servicio: \_\_\_\_\_  
☐ Resumen del alta ☐ Antecedentes y examen físico  
☐ Expediente del Departamento de Emergencias ☐ Reporte operativo  
☐ Datos del laboratorio ☐ Reporte de radiografías ☐ CD  
☐ Reportes de fisioterapia ☐ Reportes de la consulta  
☐ Todo el expediente ☐ Otro \_\_\_\_\_

### FORMATO:

☐ CD ☐ Copia impresa

### \*\*AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA REVELAR INFORMACIÓN CON PROTECCIÓN ESPECIAL DE LA LEY ESTATAL O FEDERAL\*\*

Escriba sus iniciales en cualquier categoría PARA que se revele:

\_\_\_\_\_ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH)  
\_\_\_\_\_ Tratamiento por abuso de alcohol y drogas  
\_\_\_\_\_ Servicios de salud conductual o mental

Entiendo que puedo cancelar (rechazar) esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito al Departamento de Información Médica de los Centros Médicos del condado de Buchanan (Health Center's Health Information (medical records [registros médicos]) department), que mi cancelación entrará en vigor cuando se reciba el aviso por escrito y no se aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización. Esta autorización vencerá automáticamente 365 días después de que se firme, excepto lo especificado. (Especifique fecha de vencimiento, evento o condición: \_\_\_\_\_ )

Entiendo que autorizar la revelación de esta información médica es voluntario. No tengo que firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que puedo revisar o copiar la información a usarse o revelarse. Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan médico cubierto por las reglamentaciones federales de privacidad, puede volverse a revelar la información y ya no estará protegida por las reglamentaciones federales de privacidad a menos que otras leyes o reglamentaciones federales o estatales prohíban que se vuelva a revelar.

FIRMA DEL PACIENTE O

REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE, SI NO FIRMA EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE SE ENVIÓ LA INFORMACIÓN \_\_\_\_\_

Revisado el 11/09/22

