



Artesia General Hospital

Este formulario, si se firma, autorizara al Hospital General de Artesia a usar y divulgar cierta information medica protegida sobre la persona nombrada a continuation. Esta autorizacion es voluntaria, y usted puede negarse a firmar esta autorizacion.

1. Por la presente autorizo a Artesia General Hospital / Artesia Healthcare Professionals a divulgar information medica protegida relacionada con:

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

2. La information que ha sido descrita es: *especificar la information exacta quo se revele incluyendo fechas o servicio*

Todo el registro medico:

*La divulgation de todo el registro requiere la aprobacion del Oficial de
Privacidad de acuerdo con la Politico de Minimo Necesario .*

(o los registros marcados abajo)

Historia y examen fisico.

Informes de consulta

X -Ray

Las pruebas tory Labora

Resumen de alta

Notas de progreso

Informe de la sala de emergencias

Cardiopulmonar

Fotografias, videos, imagenes digitales u otras.

Otro: _____

3. Ademas autorizo que se divulgue la siguiente information:

(Por favor, escriba sus iniciales si corresponde)

No aplica

Sindrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS) o infection por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV)

Tratamiento por abuse de drogas o alcohol

Salud mental o conductual o atencion psiquiatrica.

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha de la firma

4. Las personas que estan autorizadas a divulgar esta information son el Departamento de Servicio de Information de Salud del Hospital General de Artesia o el Personal de Enfermeria cuando la condicion requiere una transferencia de emergencia del paciente.
5. Artesia Healthcare Professionals lanzara sus propios discos.

6. Las personas que estan autorizadas para recibir esta informacion son:

Nombre: _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

7. Los propositos de la divulgation son: Tratamiento continue / especializado; Uso Personal;
Pago; Legal; Otro

Reconozco las siguientes afirmaciones:

- *(si corresponded* entiendo que el Hospital General de Artesia no puede condicionar el tratamiento al completar esta autorizacion.

Initiates del paciente _____

- Entiendo que generalmente puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento mediante notificacdn a Artesia General Hospital por escrito en: Privacy Officer, Artesia General Hospital, 702 N. 13th Street, Artesia, New Mexico 88210, de mi intention de revocar esta autorizacion, excepto que si lo notifico por escrito a Art esia General Hospital mi intention de revocar esta Autorizacion, dicha revocation no tendra ningun efecto en las acciones realizadas por el Hospital General de Artesia antes de la revocation.

Initiates del paciente _____

- A menos que se revoque lo contrario, esta autorizacion caducara en las
Initiates del paciente _____

- Entiendo que la informacion divulgada de conformidad con esta autorizacion puede estar sujeta a una nueva divulgation por parte de _____ (*persona u organization receptora*) porque puede que ya no este protegido por las regulaciones federates de privacidad.

Initiates del paciente _____

- Entiendo que puedo inspeccionar y copiar la informacion que se divulgara conforme a este formulario de autorizacion antes de firmar este formulario si asi lo solicito.

Initiates del paciente _____

- Entiendo que el Hospital General de Artesia o los profesionales de la salud de Artesia me daran una copia de este formulario de autorizacion despues de que lo firme.

Initiates del paciente _____

Firma del paciente o representante del paciente _____

Nombre impreso del representante del paciente _____

Relation a Paciente _____

Fecha de la firma _____

Testigo _____ Fecha _____

PUEDE RECHAZARSE DE FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN