



HI2C648



Stony Brook  
Medicine

Stony Brook, NY 11794

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DE CONSULTORIOS

Por medio de la presente, autorizo a \_\_\_\_\_ a divulgar la siguiente información de mi historia clínica.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número de historia clínica: \_\_\_\_\_  
(solo para uso de la oficina)

Fecha(s) de tratamiento solicitado: \_\_\_\_\_

### Información solicitada:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen (subconjunto de registros)                            | <input type="checkbox"/> Registro de emergencias | <input type="checkbox"/> Informe de autopsia     |
| <input type="checkbox"/> Resumen para el alta  | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe de patología    |
| <input type="checkbox"/> Informe de intervención quirúrgica                            | <input type="checkbox"/> Consultas               | <input type="checkbox"/> Endoscopia/Colonoscopia |
| <input type="checkbox"/> Radiología (Radiografía, MRI, etc.)<br>(solo informe escrito) | <input type="checkbox"/> Análisis cardiológico   | <input type="checkbox"/> Registros completos     |
|  | <input type="checkbox"/> CD cardiológico         |  |

Otros (especifique) \_\_\_\_\_

Entiendo que esto puede incluir **información confidencial** en relación con:

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Servicios de salud conductual/atención psiquiátrica.
- Tratamiento para el trastorno por abuso de alcohol o sustancias.

Esta información se suministrará a: Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Con el objetivo de \_\_\_\_\_

Los registros pueden ser recibidos por los siguientes medios:

- Copia impresa  CD
- Descarga electrónica / correo electrónico a \_\_\_\_\_  
(escribir en letra de imprenta claramente)

Firma:  X  \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente) o (padre/madre/tutor legal)

X  \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Representante legal) (Relación con el paciente, grado de autoridad)

Cualquier divulgación de los registros de pacientes con trastorno por abuso de sustancias está regida por la ley federal [ver norma 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) Parte 2], y todas las divulgaciones de dichos registros deberán ir acompañadas de la siguiente declaración escrita:

Esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las normas federales le prohíben divulgar esta información, a menos que se autorice expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por la norma 42 CFR parte 2.

Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con trastorno por abuso de sustancias.