

**Centro Regional Médico de Huron**

Hospital - 172 4<sup>th</sup> St. SE, Huron, SD 57350 Fax 605-353-6590

Clínica de Médicos de HRMC - 534 Oregon Avenue SE, Huron, SD 57350 - Fax 605-353-6590

Centro de Salud para Mujeres - 142 3<sup>rd</sup> Street, Suite 2, Huron, SD 57350 - Fax 605-554-1021

**Autorización para la Revelación de Información de Salud**

1. **Yo, por la presente**, autorizo [nombre del proveedor/hospital] \_\_\_\_\_ a revelar información de los expedientes de salud de:

El nombre legal del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**cubriendo el/los período(s)**

De (fecha) \_\_\_\_\_ A (fecha) \_\_\_\_\_

De (fecha) \_\_\_\_\_ A (fecha) \_\_\_\_\_

2. **La información que será revelada:**

resultados de prueba de laboratorio/patología  resumen de alta  informe operativo

historia y exámenes físicos  notas de progreso  informes consultorios

imágenes filmadas (el tipo)  informes de estudios de imágenes  fotografías

Clínica de Médicos de HRMC  Clínica Quirúrgica del HRMC  Centro de Salud para Mujeres

registros de facturación \_\_\_\_\_

otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

La ley estatal y federal restringe la revelación de información con respecto a los casos de pacientes asociados con VIH, el abuso, abuso de alcohol o drogas, los casos psiquiátricos, y acceso a servicios de ITS (infecciones de transmisión sexual) por parte de menores. Yo autorizo información relacionada con lo siguiente:

Sí  No síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Sí  No servicios de salud de conducta/ cuidado psiquiátrico

Sí  No tratamiento para el abuso, alcohol y/o abuso de drogas

Sí  No pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (menores de 12 a 17 años)

3. **Esta información será revelada a** (nombre y dirección) \_\_\_\_\_

para el propósito de (opcional cuando se pida para usted mismo) \_\_\_\_\_

4. Información será publicada a través de  Papel  Disco Compacto  Portal para Pacientes

5. **Yo entiendo** que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto hasta tal punto que las medidas han sido tomadas en respuesta a esta autorización. **Con la exclusión del Portal para Pacientes, a menos que se revoque de otra manera, esta autorización caducará en 90 días a partir de la fecha de la firma.**

6. **Yo entiendo** que una vez que se revele esta información, puede volver a revelarse y no estar sujeto a las protecciones de privacidad concedidas por las leyes federales de privacidad.

Firma: \_\_\_\_\_ (paciente /padre del menor) (fecha)

o (representante personal – adjunta una copia del documento permitiendo autoridad) (fecha)

Fecha Revelada \_\_\_\_\_ Por Quién \_\_\_\_\_

Date Disclosed \_\_\_\_\_ By Whom \_\_\_\_\_