



AUTORIZACIÓN PARA ACCESO o REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

COGNITIVE PATIENT LABEL

Si tiene preguntas: comuníquese con el Departamento de Expedientes Médicos (Medical Records) al 313.916.4540
Envíe por correo el formulario completado a: Medical Records 2799 W. Grand Blvd., Detroit, MI 48202 o a la dirección de correo electrónico del Departamento de Expedientes Médicos: HFHSMedicalRecords@hfhs.org • fax 313.916.3917

(Tenga en cuenta que los correos electrónicos que se envían por Internet podrían no ser seguros).

Información del paciente (en letra de molde)

Nombre (primero, segundo, apellido)		Nombre de soltera o nombres anteriores	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Teléfono	Dirección de correo electrónico, si corresponde	

Autorizo que mis expedientes se envíen de:

Henry Ford Health System:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> HF Allegiance Health | <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital |
| <input type="checkbox"/> HF Allegiance Specialty Hospital | <input type="checkbox"/> HF Maplegrove Center |
| <input type="checkbox"/> HF Behavioral Health | <input type="checkbox"/> HF West Bloomfield Hospital |
| <input type="checkbox"/> HF Hospital Detroit | <input type="checkbox"/> HF Wyandotte Hospital |
| <input type="checkbox"/> HF Kingswood Hospital | <input type="checkbox"/> HF Otro (clínica/centro médico): _____ |

Otro centro:

Nombre/organización			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Autorizo que mis expedientes se revelen a:

Mi: (Seleccione solo una opción)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Portal del paciente MyChart (solicitud del paciente) | <input type="checkbox"/> Enviarme por correo electrónico a la dirección de arriba | <input type="checkbox"/> Enviarme por correo postal a la dirección de arriba |
| <input type="checkbox"/> Inspección en el sitio. (La autorización es válida solamente si Henry Ford Health System la recibe en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se firma). | | |
| <input type="checkbox"/> Enviar por correo postal a la dirección de abajo | <input type="checkbox"/> Enviar por fax al número de abajo | |
| <input type="checkbox"/> Comunicación verbal sobre mi atención. Describa la información que se compartirá: _____ | | |

Otro: Revelar a: (complete la información de abajo)

Nombre/organización			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Fax	

Complete abajo si quiere incluir expedientes médicos para estos servicios:

- Diagnóstico y tratamiento para trastorno por consumo de sustancias
Objetivo: Continuación de la atención Legal Personal Otro _____
- Notas de psicoterapia

Información específica que se pide:

Tipo de expediente que se pide		Fecha del servicio	Tipo de expediente que se pide		Fecha del servicio
<input type="checkbox"/>	Resumen del alta		<input type="checkbox"/>	Expediente de paciente ambulatorio	
<input type="checkbox"/>	Departamento de Emergencias		<input type="checkbox"/>	Informe de Radiología	
<input type="checkbox"/>	Informe de Laboratorio		<input type="checkbox"/>	Nota del consultorio	
<input type="checkbox"/>	Vacunas		<input type="checkbox"/>	Otro: _____	
<input type="checkbox"/>	Expediente de paciente hospitalizado				

Con mi firma en esta autorización por este medio autorizo a Henry Ford Health System para que revele información incluida en el expediente médico del paciente arriba identificado, que incluye información que puede estar impresa en papel o almacenada en formato electrónico, según se estipula abajo. Tales notas pueden contener información sobre atención médica general; orientación psicológica y de trabajo social; virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o del complejo relacionado con SIDA (AIDS related complex, ARC), cuando corresponda, enfermedades o infecciones contagiosas, incluyendo enfermedades de transmisión sexual, enfermedades venéreas, tuberculosis y hepatitis, cuando corresponda, información demográfica y tratamiento recibido de otros proveedores de atención médica. Cualquier información sobre trastorno por consumo de alcohol y de sustancias que se le revele en estos expedientes queda protegida por las normas federales de confidencialidad (42 CFR, Parte 2). 42 CFR, Parte 2 prohíbe que se revelen estos expedientes sin autorización. Es posible que se aplique un cargo de acceso al paciente por reproducción de copias. Los cargos son autorizados anualmente por la Ley de acceso a expedientes médicos del Estado de Michigan, Ley pública 47 de 2004, MCL 333.26269.

Comprendo que:

- Puedo revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento. Las revocaciones a esta autorización deben presentarse por escrito. No se aplicará la revocación a la información que ya se haya revelado antes de recibir la revocación. Comuníquese con el Departamento de Expediente Médicos de Henry Ford Health System. La información de contacto está disponible en la parte de arriba del formulario.
- Esta autorización vence cuando se revele la información del paciente, según se permita en esta autorización o en un plazo de un (1) año contado a partir de la fecha en que se firmó, a menos que haya otra fecha de vencimiento por escrito aquí: _____ (describa la fecha/evento/condición por la que vence esta autorización, que no debe ser mayor de un año contado a partir de la fecha de la firma).
- Mi atención o tratamiento no estará condicionado a la firma de esta autorización
- Las personas a quienes se revele información según esta autorización posiblemente puedan volver a revelar tal información a otras personas o entidades sin el conocimiento o consentimiento del paciente y, por lo tanto, es posible que la privacidad de la información médica y personal ya no pueda estar protegida según la ley.
- Henry Ford Health System o sus servicios de reproducción de documentos se reservan el derecho de cobrar por procesar y copiar información. Se exonera el cargo cuando se revela la información directamente a un médico de atención directa o un centro de atención médica.

Firma _____ Relación (si no se trata del paciente) _____

Paciente, padre/madre de un menor, tutor legalmente designado, representante personal, heredero legal, persona amparada por un poder notarial (si se trata de un tutor legalmente designado, representante personal o una persona que tenga autoridad según un poder de representación para la representación médica, se necesita una copia de la documentación apropiada)

Fecha _____ Hora _____