

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Solicito mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de  
 Bryan Medical Center     Bryan Heart     Crete Area Medical Center     Crete Medical Clinic     Friend Medical Clinic  
 Wilber Medical Clinic     Merrick Medical Center     Central City Medical Clinic     Fullerton Medical Clinic  
 Consultorio de la Red de Médicos de Bryan (especificar ubicación[es]) \_\_\_\_\_

**Divulgada a:**

Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Propósito de la solicitud:**     Legal     Seguro     Personal     Empleo     Transferencia de cuidado     \*FMLA  
 \*Discapacidad     Otro \_\_\_\_\_

\*Especifique las fechas de ausencia del trabajo y el motivo de la ausencia: \_\_\_\_\_

**Información que se compartirá:**

**Fechas de servicio** (fechas específicas) Del: \_\_\_\_\_ Al: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Informe resumido (incluye el resumen de alta, historia clínica y física, informes operativos, consultas y resultados de las pruebas)	<input type="checkbox"/> Historia clínica y física	<input type="checkbox"/> Registro de la Clínica	<input type="checkbox"/> dependencia de
<input type="checkbox"/> Registro completo	<input type="checkbox"/> Registro financiero	<input type="checkbox"/> de Especialidades	<input type="checkbox"/> sustancias químicas
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/ patología	<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias	
<input type="checkbox"/> Informe de operación/ procedimiento	<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Resumen de alta	
<input type="checkbox"/> Filmación y medios radiológicos	<input type="checkbox"/> Notas del consultorio/ administrativas	<input type="checkbox"/> Evaluación de la	
<input type="checkbox"/> Otro _____			

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, servicios de salud mental, y tratamiento del abuso de alcohol o drogas.

**Las leyes estatales y federales protegen la siguiente información. Si esta información se aplica a usted, indique si desea que esta información se divulgue u obtenga (incluya fechas cuando corresponda):**

Registros de abuso de alcohol, drogas o sustancias     No     Sí    Fechas: \_\_\_\_\_  
 Registros de salud mental     No     Sí    Fechas: \_\_\_\_\_

**Formato de divulgación**     Recoger las copias en persona en el centro     Correo postal     Fax     USB     CD  
 Correo electrónico cifrado     MyChart  
 Correo electrónico no seguro (Entiendo que la información en este formato está en riesgo de acceso no intencional por parte de un tercero)

A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vence en la siguiente fecha/evento/condición: \_\_\_\_\_

**Al completar esta autorización, estoy de acuerdo en que he leído y entendido las definiciones descritas en el reverso de este formulario:**

_____ Firma del paciente o representante legal	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Nombre en letra de imprenta	_____ Relación con el paciente (si corresponde)	
_____ Firma del testigo para el paciente incapaz de firmar		

Fecha de recepción _____	Fecha de envío _____
<input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Enviada por correo <input type="checkbox"/> Recogida	Expediente médico: _____

**Bryan Health**

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**



Place Patient Label Here

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo al Departamento de Divulgación de Información en el centro en el que se hizo la solicitud. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.  
**Oficinas de Bryan Medical Center, Bryan Heart o Bryan Physician Network:** Bryan Medical Center, Release of Information, 1600 S. 48th St., Lincoln, NE 68506.  
**Crete Area Medical Center, Crete Medical Clinic, Friend Medical Clinic o Wilber Medical Clinic:** Crete Area Medical Center, Release of Information, 2910 Betten Drive, PO Box 220, Crete, NE 68333.  
**Merrick Medical Center, Central City Medical Clinic or Fullerton Medical Clinic:** Merrick Medical Center, Release of Information, 1715 26th St., Central City, NE 68826
- Si no especifico una fecha de vencimiento/evento/condición, esta autorización vence un año después de la fecha de la firma.
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a que yo firme esta autorización.
- Esta información ha sido divulgada a usted a partir de registros que pueden estar protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional sea expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o como lo permita 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a que yo firme esta autorización.
- Las solicitudes de copias de los registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con los reglamentos federales y estatales.