

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

Solicito mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de

- Bryan Medical Center Bryan Heart Bryan South Campus Crete Area Medical Center Crete Medical Clinic
- Friend Medical Clinic Wilber Medical Clinic Merrick Medical Center Central City Medical Clinic Fullerton Medical Clinic
- Bryan Physician Network Office (Specify Location(s)) _____
- Grand Island Regional Medical Center Kearney Regional Medical Center Platte Valley Medical Group
- Bryan Urgent Care Seward

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 atención *FMLA
 *Discapacidad Otro _____

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

Información que se compartirá:

- Fechas de servicio** (especificar fechas) Del: _____ Al: _____
- Informe resumido (incluye el resumen de alta, historial y examen físico, informes de operación, consultas y resultados de pruebas)
 - Registro completo Filmación/Medios radiológicos Informes de radiología Registro de la sala de emergencias
 - Informes de laboratorio/patología Registro de vacunas Registro financiero Resumen de alta
 - Informe de operación/procedimiento Historial y examen físico Notas del consultorio/administrativas
 - Registro de la Clínica de Especialidades Evaluación de la dependencia de sustancias químicas
 - Otro _____

Entiendo que la información en mi registro 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/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 Fax USB Correo electrónico cifrado MyChart
Especificar Otro: _____

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, acepto que he leído y entiendo 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 Registro médico: _____



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD



Place Patient Label Here

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo al Departamento de Divulgación de Información del 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.
 - Para los consultorios de Bryan Medical Center, Bryan Heart o Bryan Physician Network:** Bryan Medical Center, Release of Information, 1600 S. 48th St., Lincoln, NE 68506.
 - Para 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.
 - Para Merrick Medical Center, Central City Medical Clinic o Fullerton Medical Clinic:** Merrick Medical Center, Release of Information, 2802 28th St., PO Box 417, Central City, NE 68826
 - Para Grand Island Regional Medical Center:** Grand Island Regional Medical Center, Release of Information, 3533 Prairieview Street, Grand Island, NE 68803
 - Para Kearney Regional Medical Center o Platte Valley Medical Group:** Kearney Regional Medical Center, Release of Information, 804 22nd Ave., Kearney, NE 68845
- Si no especifico una fecha de caducidad/evento/condición, esta autorización caduca un año después de la fecha en que se firmó.
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no pueden estar condicionados a que yo firme esta autorización.
- Tenga en cuenta que es posible que este registro, que le ha sido revelado, esté protegido por las reglas federales de confidencialidad (Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR, por sus siglas en inglés]). Estas reglas le prohíben utilizar o divulgar este registro, o el testimonio que describe la información contenida en el mismo, en cualquier proceso civil, penal, administrativo o legislativo por cualquier autoridad federal, estatal o local, en contra del paciente, salvo que esté autorizado por el consentimiento del paciente, excepto según lo dispuesto en la sección 2.12(c)(S) del Título 42 del CFR o según lo autorizado por un tribunal de conformidad con la Sección 2.64 o 2.65 del Título 42 del CFR. Además, las reglas federales le prohíben utilizar o divulgar de cualquier otro modo este registro a menos que aplique al menos una de las siguientes situaciones:
 - La utilización o divulgación posterior se permite de forma expresa con el consentimiento por escrito de la persona cuya información se está divulgando en este registro o según lo permitido de algún otro modo por la Parte 2 del Título 42 del CFR.
 - Usted es una entidad cubierta o un socio comercial y ha recibido el registro para tratamiento, pago u operaciones de atención médica; o
 - Usted ha recibido el registro de parte de una entidad cubierta o de un socio comercial según lo permitido por la Parte 165 del Título 45 del CFR, subpartes A y E.
 - Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para cumplir con los elementos requeridos de consentimiento por escrito para seguir utilizando o volver a divulgar el registro (consulte la Sección 2.31 del Título 42 del CFR).
- Las solicitudes de copias de los registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con los reglamentos federales y estatales.