



# ROSEMAN UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES COLLEGE OF DENTAL MEDICINE

## Autorización para la Divulgación del Historial del Paciente

\_\_\_\_\_  
Apellido (Letra de molde, por favor)

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre

\_\_\_\_\_  
Segundo Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico

Por este medio autorizo a **Roseman University of Health Sciences, College of Dental Medicine** (La Universidad de Ciencias de la Salud, Facultad de Odontología) que divulgue la siguiente información específica de mi Historial Médico.

Desde (fecha) \_\_\_\_\_ Hasta (fecha) \_\_\_\_\_

**Información a divulgar (por favor, ponga sus iniciales):**

- Historial médico en su totalidad
- Informe de biopsias
- Resultados de análisis de laboratorio \_\_\_\_\_
- Informe de consulta
- Otro (especifique y ponga sus iniciales) \_\_\_\_\_
- Notas de evolución clínica
- Medicamentos
- Historial de Tratamiento dental
- Informes de radiografías
- Examen físico e historial
- Vacunas

\* Se que al autorizar la divulgación de todo mi Historial Médico, esto podría contener información relacionada con:

- |   |                                   |                                      |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| SIDA o VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana)             | <input type="checkbox"/> Divulgar | <input type="checkbox"/> No divulgar |
| Salud Psiquiátrica/ Mental (excluyendo notas psicoterapeutas) | <input type="checkbox"/> Divulgar | <input type="checkbox"/> No divulgar |
| Tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas               | <input type="checkbox"/> Divulgar | <input type="checkbox"/> No divulgar |

**Divulgar la información a:** Por: [ ] E-mail \_\_\_\_\_ [ ] Numero de fax \_\_\_\_\_ [ ] Correo [ ] Levantar

Nombre \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Para el propósito de (marque todas las que corresponda):** \_\_\_\_\_

- Continuidad de la atención
- Consulta
- Traslado escolar
- Seguro médico personal
- A petición mía
- Mercadeo (Cuando exista la posibilidad de compensación)
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Autorización para la Divulgación del Historial del Paciente**

Entiendo que si no autorizo la divulgación total de mi registro Historial Médico, el destinatario puede ser notificado de que solo se proporciona un registro de salud limitado por solicitud del paciente. También entiendo que no estoy obligado a firmar una autorización como condición de mi tratamiento futuro, excepto cuando el tratamiento sea con fines de investigación, o el tratamiento sea únicamente con el propósito de crear un registro de salud para divulgarlo a un tercero y me niego a autorizar dichas divulgaciones.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción como resultado de esta autorización. Los formularios están disponibles en la recepción. Esta autorización vencerá en 90 días a partir de la fecha de la firma y entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté sujeta a la ley federal de privacidad en algunos casos. La Universidad, el Proveedor Sus empleados, funcionarios y proveedores de atención médica quedan liberados de cualquier responsabilidad legal u obligación por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada.

Entiendo que mi solicitud puede tardar 15 días hábiles sin exceder los 30 días en procesarse. Se aplica una tarifa de copia de \$.60 por página. Además, entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

**Por favor regrese a patientaccess@roseman.edu**

**Paciente Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Numero telefonico** \_\_\_\_\_

Si le corresponde, firme como representante de menor o persona discapacitada, w indique su autoridad (ej: padre/tutor):

Firma:

Fecha:

Título:

Número telefónico:

**Aviso a destinatarios de registros de alcohol/drogas/enfermedades infecciosas/salud mental:**

Se les divulga esta información de Historial Médico protegido por las leyes federales de protección de información privada (42CFR Part 2). Les queda estrictamente prohibido por estas leyes hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que se han permitido expresamente por medio de un consentimiento por escrito de la persona a quien le pertenece, según la ley 42CFR Parte 2, o la ley estatal lo permitan. Una autorización general para la divulgación de información NO es suficiente para tales propósitos. Las leyes prohíben el uso de esta información para efectuar investigaciones penales o procesar judicialmente a pacientes que consuman drogas o alcohol.