



Departamento de Manejo de Información de Salud
Tel. (787) 758-2000 Ext. 5303-5339-5362
Autorización para Divulgación de Información

Nombre del Paciente: _____ **Récord:** _____ **Socio () Si No ()**
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Número de Seguro Social XXX- XX- _____**
Dirección Postal: _____
Estado _____ **Correo electrónico** _____ **Teléfono:** ____ - ____ - _____
Persona autorizada a solicitar información: _____

1. Yo autorizo al Hospital Auxilio Mutuo a divulgar la siguiente información descrita a continuación:
Tipo de Servicio: ___ Sala de Emergencia ___ Hospitalización ___ Ambulatoria ___ Clínicas Externas

2. Fecha de Servicio Solicitado: _____
(Mes – Día - Año) (Mes – Día - Año) (Mes – Día - Año)

3. Naturaleza de la información a ser divulgada:

___ Resumen de Alta ___ Certificación de Servicio
___ Informe de Operación ___ Completar Formulario de Seguro
___ Laboratorios ___ Otros (especificar documentos) _____
___ Estudios Radiológicos _____

4. El propósito de la información _____

5. Entiendo que la información de mi expediente médico puede incluir información relacionada a enfermedades sexualmente transmisibles como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o la infección con el virus (HIV).

6. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta información en cualquier momento y que debo hacerlo por escrito al Departamento de Manejo de Información de Salud. Entiendo que la revocación no es aplicable a los siguientes términos:
a- Información previamente divulgada en respuesta a otras autorizaciones.
b- A las gestiones de cobro de mi compañía de seguro médico.

7. Esta autorización será válida solo **por sesenta (60) días a partir de la firma del solicitante.**

8. Entiendo que esta autorización de información es voluntaria. No es necesario firmar esta autorización de información para brindarme tratamiento médico dentro del Hospital. Puedo inspeccionar o solicitar copia de la información ya divulgada como lo establece el reglamento CFR 164.524.

9. Yo relevo al Hospital Auxilio Mutuo de cualquier responsabilidad legal que pudiese surgir de la divulgación de esta información y renuncio a los derechos de la confidencialidad de los documentos ya provistos o divulgados. Entiendo que cualquier información tendrá el potencial de ser divulgada sin autorización y que la información no será protegida por las Reglas de Confidencialidad.

10. **Si el paciente no es el solicitante, deberá traer una autorización escrita y firmada por el paciente y una identificación con foto al momento de solicitar las copias.**

11. **Pagos de Copias:** Se notificará al solicitante el costo de las copias al momento de la disponibilidad de la información y podrá solicitar su información en los medios de: () papel o () CD-ROM.

12. Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____



Departamento de Manejo de Información de Salud
Tel. (787) 758-2000 Ext. 5303-5339-5362

Orientación a Solicitante de Información Médica

1. La información del expediente médico es confidencial y está regida por las leyes Estatales y Federales.
2. Al solicitar información del expediente, se tomará un consentimiento escrito del paciente o tutor legal. En ausencia del consentimiento escrito del paciente, se deberá traer una orden del tribunal en original.
3. Toda solicitud tiene un período de **espera de quince (15) días** laborables dependiendo del caso.
4. Ningún Protocolo de Autopsia del Instituto de Ciencias Forenses será divulgado por el hospital. **(Ley de Ciencias Forenses)**.
5. Se facturará por el servicio de la divulgación de información del expediente médico de acuerdo a las siguientes normas y podrá solicitar su información en los medios de papel o CD-ROM. Debe informar el medio deseado.
 - a. Por cada hoja del expediente se cobrará **.75¢** hasta un máximo de **\$ 25.00 + 11.5 IVU**.
 - b. Las certificaciones y formularios de seguro tendrán un costo de **\$ 5.00 + 11.5 IVU**.
6. El método de pago será en efectivo, giro o cheque, dirigido al **HOSPITAL AUXILIO MUTUO. No se aceptan cheques menores de \$15.00.**
7. Al recoger las copias deberá presentar identificación con foto para validar que es la persona autorizada.

Certifico que he sido orientado por el Personal de Manejo de Información de Salud.

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL EMPLEADO QUE ORIENTA

USO OFICIAL

Número de Solicitud: _____ **Fecha de Servicio Solicitado:** _____

Paciente: _____ **Récord:** _____

Asignado a: _____ **Fecha de Trabajado:** _____