



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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_ Socio ( )

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de Seguro Social XXX- XX- \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Persona autorizada a solicitar información: \_\_\_\_\_

1. Yo autorizo al Hospital Auxilio Mutuo a divulgar la siguiente información a continuación descrita y de las fechas de servicio solicitadas:

Tipo de Servicio: \_\_ Sala de Emergencia \_\_ Hospitalización \_\_ Ambulatoria \_\_ Clínicas Externas

Fecha(s) solicitadas: \_\_\_\_\_  
(Mes - Día - Año) (Mes - Día - Año) (Mes - Día - Año)

2. Naturaleza de la información a ser divulgada:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta       | <input type="checkbox"/> Certificación de Servicio            |
| <input type="checkbox"/> Informe de Operación  | <input type="checkbox"/> Completar Formulario de Seguro       |
| <input type="checkbox"/> Laboratorios          | <input type="checkbox"/> Otros (especificar documentos) _____ |
| <input type="checkbox"/> Estudios Radiológicos |   |

3. Usted es candidato a trasplante?  si  no. Si selecciona si, que programa de trasplante:  riñón  hígado. Nombre del medico:  
 Favor marcar:  Dr. Juan Del Río  Dr. Pedro Hernández  Dr Bernando Campos  Dr. Antúnez  Dr. Pastrana  Dr. Jose Rivera

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 o la infección con el virus (SIDA, HIV).

6. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y por escrito. 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 ( ) DVD

12. Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ (Mes- Dia-Año)



**Hospital Español Auxilio Mutuo de Puerto Rico, Inc.**  
Apartado 191227, San Juan, PR 00919-1227 Tel (787)758-2000

*Departamento de Administración 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. En casos de menores se solicitará la autorización de ambos padres.
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)**.

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 DVD. 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, tarjeta de crédito o débito, giro o cheque dirigido al **HOSPITAL AUXILIO MUTUO. Solo se aceptan cheques mayores de \$15.00. No aceptamos billetes de \$50.00 ni \$100.00.**

- c. 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 Administración de Información de Salud.**

\_\_\_\_\_  
FECHA (MES-DIA-AÑO)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL EMPLEADO QUE ORIENTA

**USO OFICIAL**

Número de Solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha(s) de Servicio Solicitado: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Récord: \_\_\_\_\_

Asignado a: \_\_\_\_\_ Fecha de Trabajado: \_\_\_\_\_

Costo: \_\_\_\_\_