



AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR / RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (AMPARADA POR LEY)

AUTHORIZATION FOR RELEASE/RECEIPT OF PROTECTED OR PRIVILEGED HEALTH INFORMATION

PACIENTE: _____		
PATIENT NAME:	NOMBRE / NAME	APELLIDO / LAST NAME
Email: _____		
DIRECCIÓN DEL PACIENTE: Calle/Street: _____ Apartamento/Apt. # _____		
<i>Patient Address</i>		
Ciudad/City: _____ Estado/State: _____ Código/Zip: _____		
TELÉFONO: DÍA: () _____ NOCHE: () _____		
<i>Telephone #: Day Evening</i>		

Yo, _____ por medio del presente formulario autorizo a:
Nombre del paciente / *Patient name*

International Research Foundation for RSD / CRPS a expedir mi información médica protegida (amparada por ley), incluyendo copias de la historia clínica de la atención médica que se me ha prestado en International Research Foundation for RSD / CRPS, a las siguientes personas en las siguientes direcciones o entidades:

Persona / o personas o entidad / *Person(s) / Facility*
(Escriba nombre y dirección)

Por motivo de:
(marque la casilla debida)

1.

2.

- Atención médica / *Medical care*
- Seguro / *Insurance*
- Asunto jurídico / *Legal matter*
- Asunto personal / *Personal*
- Entidad educativa / *School*
- Otro / *Other* (por favor detalle)

****Las copias de fotografías pueden tener costo adicional.**

INFORMACIÓN A EXPEDIR / Information to be released (Marque el tipo de información y anote las fechas)

Apuntes de consulta / *outpatient notes*
Informe de alta / *discharge summary*
Informes de laboratorio / *lab reports*

Fotografías** / *photographs*
Informes de radioterapia / *radiation reports*
Radiografías o informes de radiología /
X-rays/ scan reports
Otro / *other* (por favor detalle)

Informes de cirugía / *operative reports*
Informe de patología / *pathology report*

Resumen de historia clínica (exámenes, informes de cirugía, consultas, pruebas, resumen clínico de alta)
Medical Record Abstract (e.g. History & Physical, Operative Report, Consults, Test Reports, Discharge Summary)

Vea la página 2 al dorso de la hoja

AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR INFORMACIÓN MÉDICA EXPLÍCITAMENTE PROTEGIDA (AMPARADA POR LEY)

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF SPECIFICALLY PROTECTED OR
PRIVILEGED INFORMATION

Por favor marque una casilla (Sí o No) en cada uno de los siguientes puntos para indicar si autoriza que se expida ese tipo de información (si está en su historia clínica).

Sí	No	Resultados de pruebas para VIH / <i>HIV test results</i> (REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA CADA SOLICITUD DE EXPEDIR/ <i>AUTHORIZATION REQUIRED FOR EACH REQUEST</i>) FECHAS / <i>DATES</i> : _____
Sí	No	Resultados de pruebas genéticas de detección / <i>genetic screening test results</i> TIPO DE PRUEBA / <i>SPECIFY TYPE OF TEST</i> : _____
Sí	No	Informes sobre consumo de alcohol o drogas, amparados por reglamento federal de confidencialidad <i>Alcohol and drug abuse records protected by Federal Confidentiality Rules 42 CFR Part 2</i> (EL REGLAMENTO FEDERAL PROHÍBE QUE ESTA INFORMACIÓN SE DIVULGUE DE NUEVO A MENOS QUE SE PERMITA EXPLÍCITAMENTE O QUE HAYA CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE LA PERSONA DE QUIEN SE TRATE O SEGÚN LO PERMITA LA REGLA 42 CFR PARTE 2.) Esta autorización puede anularse solicitándolo por escrito o verbalmente.
Sí	No	Otros / <i>other(s)</i> : Por favor dé el detalle: _____
Sí	No	Detalles de diagnóstico o tratamiento de salud mental dado por un psiquiatra, psicólogo, enfermera especialista en salud mental, o personal clínico licenciado para salud mental (<i>Licensed Mental Health Clinician</i>). <i>Entiendo que puede que no sea necesario obtener mi permiso para expedir mi historia clínica de salud mental si es con motivo de tramitar pagos.</i>
Sí	No	Comunicaciones confidenciales con asistente social licenciado para salud mental / <i>Confidential communications with Licensed Social Worker</i>
Sí	No	Detalles de asesoría para víctimas de violencia en el hogar / <i>Domestic Violence Victims' Counseling</i>
Sí	No	Detalles de asesoría para víctimas de agresión sexual / <i>Sexual Assault Counseling</i>

Entiendo que:

- Puedo retirar esta autorización en cualquier momento entregando aviso por escrito al mismo Departamento o consultorio en el cual entregue esta autorización originalmente. La autorización puede retirarse excepto:
 - según se haya obrado de acuerdo con lo dispuesto en esta autorización,
 - si la autorización se obtiene como una condición de lograr cobertura de seguro, hay otras leyes que proveen al asegurador el derecho de impugnar reclamos bajo la póliza.
- Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Si me rehúso a firmarla, eso no afectará mi tratamiento, pago, afiliación a plan de salud, ni posibilidad de ser considerado para recibir beneficios.

He leído y entendido este documento y se han respondido todas mis preguntas satisfactoriamente; y por medio del presente autorizo explícita y voluntariamente que se expida la información aquí nombrada, o la historia clínica, sobre mi enfermedad, a aquellas personas o entidades aquí nombradas.

FIRMA DEL PACIENTE / *Patient's signature*: _____ FECHA / *Date*: _____



Por favor: escriba en letra de molde, firme y faxeado al 813-902-7911

Escriba su nombre en letra de molde / *Print name*: _____

Si el paciente es menor de edad o si está incapacitado para autorizar, se exige la firma de uno de los padres, tutor legal u otra persona autorizada. (*If patient is a minor or unable to consent, parent, guardian or authorized signature is required*)

FIRMA AUTORIZADA / *Authorized signature* _____ **FECHA / *Date***: _____

Escriba nombre en letra de molde / *Print name*: _____ **Parentesco / *Relationship***: _____