

DEPARTMENT OF MEDICAL  
INFORMATION MANAGEMENT  
(DEPARTAMENTO DE GESTION DE  
LA INFORMACIÓN MÉDICA)

University Hospitals  
410 West 10th Avenue  
Columbus, OH 43210-1228  
Teléfono: (614) 293-8657

Arthur James Cancer Hospital and  
Richard Solove Research Institute  
300 West 10th Avenue  
Columbus, OH 43210-1228  
Teléfono: (614) 293-8657  
University Hospitals East  
1492 East Broad Street  
Columbus, OH 43205  
Teléfono: (614) 257-3191

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN MÉDICA

Número de expediente médico: \_\_\_\_\_

Sólo para uso de la oficina

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a (marque la casilla apropiada):

- University Hospitals     OSU & Harding Behavioral Healthcare and Medicine     Dodd Hall  
 James Cancer Hospital     Clinic     University Hospitals East     Otro (especifique por favor): \_\_\_\_\_

A divulgar información médica a (marque la casilla apropiada):

- The Ohio State University Medical Center     Otro    Nombre: \_\_\_\_\_  
Med. Info. Management, 140 Doan Hall    Dirección: \_\_\_\_\_  
410 W. Tenth Avenue    \_\_\_\_\_  
Columbus, Ohio 43210    \_\_\_\_\_

Propósito de la divulgación: \_\_\_\_\_

Fechas de servicio: \_\_\_\_\_

Información médica que se divulgará:

- Paciente hospitalizado     Paciente ambulatorio     Departamento de urgencias

Informes específicos que se divulgarán:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Informes del Departamento de Urgencias | <input type="checkbox"/> Informes operativos                 | <input type="checkbox"/> Evaluación          |
| <input type="checkbox"/> Sumario del alta                       | <input type="checkbox"/> Notas de terapia física/ocupacional | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio                | <input type="checkbox"/> Informes de patología               | <input type="checkbox"/> Notas de progreso   |
| <input type="checkbox"/> Historia médica y examen físico        | <input type="checkbox"/> Informes de radiología              | <input type="checkbox"/> Nota de internación |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                            |  |  |

Por este medio autorizo a la institución de tratamiento indicada arriba y a sus empleados a dar a conocer la información indicada contenida en mi expediente de paciente o en el juego designado de informes. Entiendo y reconozco que esta autorización se extiende a toda o parte de la información indicada arriba, que puede incluir tratamiento para una enfermedad física y mental, abuso del alcohol y/o las drogas, y/o SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), y/o puede incluir resultados de una prueba de VIH o el hecho que se efectuó una prueba de VIH. Información en forma de audio, fotografía o video se ha designado arriba, si corresponde. Se exige una autorización por separado para la divulgación de notas de psicoterapia. Consiento expresamente en la divulgación de la información indicada arriba. Esta autorización es válida por 60 días, a menos de revocarla yo mediante aviso escrito, a condición de que es te aviso se reciba antes que se divulgue la información indicada arriba. **La revocación de esta autorización tiene vigencia excepto en lo que establece el Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) del Ohio State University Health System. Es posible que la información divulgada por medio de esta autorización deje de estar protegida por las leyes federales de la privacidad como la HIPAA. Entiendo que Ohio State University Medical Center no puede condicionar mi tratamiento o pago por cuidados de salud a esta Autorización a menos que el tratamiento se relacione con un estudio de investigación o el cuidado haya sido provisto sólo para proveer información para terceros.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de la persona autorizada a consentir

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

X \_\_\_\_\_  
Relación (parentesco), si no es el paciente

X \_\_\_\_\_  
Testigo (opcional)

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

Para expedientes cubiertos por 42 CFR Parte 2: Esta información se le ha dado a conocer a usted de expedientes protegidos por reglas Federales de Confidencialidad. Las Normas Federales le prohíben a usted que haga más divulgación de esta información a menos que se permita más divulgación por consentimiento escrito de la persona a la cual pertenece o de lo contrario que lo permita 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este fin. Las Normas Federales restringen cualquier uso de información para iniciar una investigación o un procedimiento criminal a un cliente por abuso del alcohol o de las drogas. Si usted tiene preguntas relacionadas con la divulgación de información de University Hospitals (incluyendo a OSU & Harding Behavioral Health, University Clinics, y Dodd Hall) o Arthur G. James Cancer Hospital and Richard J. Solove Research Institute, llame al (614)293-8657. Si usted tiene preguntas relacionadas con la divulgación de información de University Hospitals East llame al (614)257-3191. Si tiene preguntas relacionadas con los cargos por las copias, llame al departamento de Atención al Cliente de ChartOne, al 1-800-521-COPY (2679).