

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Solicito mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de
 Bryan Medical Center Bryan Heart Bryan South Campus Crete Area Medical Center Crete Medical Clinic
 Friend Medical Clinic Wilber Medical Clinic Merrick Medical Center Central City Medical Clinic Fullerton Medical Clinic
 Bryan Physician Network Office (Specify Location(s)) _____
 Grand Island Regional Medical Center Kearney Regional Medical Center Platte Valley Medical Group
 Bryan Urgent Care Seward

Divulgada a:

Nombre del destinatario: _____ Fax: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Propósito de la solicitud: Legal Seguro Personal Empleo Transferencia de atención *FMLA
 *Discapacidad Otro _____

*Especifique las fechas de ausencia del trabajo y el motivo de la ausencia: _____

Información que se compartirá:

Fechas de servicio (especificar fechas) Del: _____ Al: _____
 Informe resumido (incluye el resumen de alta, historial y examen físico, informes de operación, consultas y resultados de pruebas)
 Registro completo Filmación/Medios radiológicos Informes de radiología Registro de la sala de emergencias
 Informes de laboratorio/patología Registro de vacunas Registro financiero Resumen de alta
 Informe de operación/procedimiento Historial y examen físico Notas del consultorio/administrativas
 Registro de la Clínica de Especialidades Evaluación de la dependencia de sustancias químicas
 Otro _____

Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, servicios de salud mental, y tratamiento del abuso de alcohol o drogas.

Las leyes estatales y federales protegen la siguiente información. Si esta información se aplica a usted, indique si desea que esta información se divulgue/obtenga (incluya fechas cuando corresponda):

Registros de abuso de alcohol, drogas o sustancias No Sí Fechas: _____
Registros de salud mental No Sí Fechas: _____

Formato de divulgación Recoger las copias en persona en el centro Correo Fax USB Correo electrónico cifrado MyChart
Especificar Otro: _____

Correo electrónico no seguro (Entiendo que la información en este formato está en riesgo de acceso no intencional por parte de un tercero)
A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vence en la siguiente fecha/evento/condición: _____

Al completar esta autorización, acepto que he leído y entiendo las definiciones descritas en el reverso de este formulario:

Firma del paciente o representante legal _____ Fecha _____ Hora _____

Nombre en letra de imprenta _____ Relación con el paciente (si corresponde) _____

Firma del testigo para el paciente incapaz de firmar _____
Fecha de recepción _____ Fecha de envío _____
 Fax Enviada por correo Recogida Registro médico: _____



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD



* D T M O O 5 1 *

Place Patient Label Here

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo al Departamento de Divulgación de Información en el centro en el que se hizo la solicitud. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
Consultorios de Bryan Medical Center, Bryan Heart o Bryan Physician Network: Bryan Medical Center, Release of Information, 1600 S. 48th St., Lincoln, NE 68506.
Crete Area Medical Center, Crete Medical Clinic, Friend Medical Clinic o Wilber Medical Clinic: Crete Area Medical Center, Release of Information, 2910 Betten Drive, PO Box 220, Crete, NE 68333.
Merrick Medical Center, Central City Medical Clinic o Fullerton Medical Clinic: Merrick Medical Center, Release of Information, 2802 28th St., PO Box 417, Central City, NE 68826
Grand Island Regional Medical Center: Grand Island Regional Medical Center, Release of Information, 3533 Prairieview Street, Grand Island, NE 68803
Kearney Regional Medical Center o Platte Valley Medical Group: Kearney Regional Medical Center, Release of Information, 804 22nd Ave., Kearney, NE 68845
- Si no especifico una fecha de vencimiento/evento/condición, esta autorización vence un año después de la fecha de la firma.
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a que yo firme esta autorización.
- Esta información ha sido divulgada a usted a partir de registros que pueden estar protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional sea expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o como lo permita 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a que yo firme esta autorización.
- Las solicitudes de copias de los registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con los reglamentos federales/estatales.