

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.