



**Glenwood Regional Medical Center**  
**Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida**

N.º de expediente médico \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a **Glenwood Regional Medical Center** a utilizar o revelar la información médica protegida de mis expedientes médicos que se especifica abajo:

**1) NOMBRE DEL PACIENTE:** (En letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código postal  
 Número(s) de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: (Si corresponde) \_\_\_\_\_

**2) LA INFORMACIÓN SE REVELARÁ A:**

Nombre de la persona o del centro (en letra de molde) \_\_\_\_\_  
 Dirección (en letra de molde) Ciudad Ciudad Código Postal  
 Correo electrónico: (Si corresponde) \_\_\_\_\_

Fax n.º \_\_\_\_\_  
 N.º de teléfono \_\_\_\_\_

- 3) Método de entrega preferido -**
- Correo electrónico
  - Correo postal a la dirección indicada en el apartado 2 arriba
  - Recepción en persona

**4) Fechas de tratamiento desde:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

- 5) EXPEDIENTES/INFORMES ESPECÍFICOS A REVELAR:**
- Antecedentes de admisión y examen físico
  - Resultados de laboratorio
  - Servicios de rehabilitación (fisioterapia [PT], terapia ocupacional [OT], terapia del habla)
  - Resumen del alta
  - Informes de estudios de imagenología (especifique si es una tomografía computarizada [CT], radiografía, imagen por resonancia magnética [MRI])
  - Otro (especifique) \_\_\_\_\_
  - Consulta
  - Sala de emergencias
  - Informes de patología \_\_\_\_\_
  - Informes de electrocardiograma (ECG)
  - Notas de la cirugía \_\_\_\_\_

**6) REVELACIÓN RESTRINGIDA: No** revelaremos la siguiente documentación **a menos que** usted marque la casilla correspondiente y proporcione una firma adicional:

Revelación	Firma	Revelación	Firma
<input type="checkbox"/> Documentación de los proveedores de salud mental/conductual*		<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas/Resultados de las pruebas*	
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de detección de VIH/SIDA		<input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas Tratamiento*** o <input type="checkbox"/> abuso de sustancias	
<input type="checkbox"/> Comunicaciones confidenciales con un trabajador social		<input type="checkbox"/> Abuso y abandono de niños y adultos mayores	
<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de agresión sexual/violación		<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de violencia doméstica	
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual			

\* Esta autorización no es válida para el uso o revelación de notas de psicoterapia  
 \*\* El término "pruebas genéticas" se refiere únicamente a las pruebas que determinan sus posibilidades futuras de desarrollar una enfermedad, no a las pruebas realizadas para diagnosticar una condición o problema actual.  
 \*\*\* Solo se aplica a los expedientes creados por un "individuo o entidad que se presenta como proveedor de diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento".  
 (Código de Reglamentos Federales 42 [CFR] Parte 2) No se exige para los expedientes que se crean o mantienen en un centro médico general.

**IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLES LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2**

