



Autorización para la divulgación de expedientes médicos Ubicación de la clínica / hospital: _____
 Authorization to Release Medical Records Clinic/Hospital Location:

Yo, _____, por medio de la presente autorizo al centro de atención médica Methodist Le Bonheur
 y sus afiliadas a divulgar a _____
 Nombre del paciente (Patient's Name)

los expedientes médicos preparados por el personal del hospital o por los médicos u otros proveedores de atención médica durante la internación a la que se hace referencia, en relación con mi tratamiento en el centro mencionado para el siguiente propósito:

I, _____ do hereby authorize Methodist Le Bonheur Healthcare and its affiliates to release to _____ the medical records prepared by personnel of the hospital, or by staff physicians or other health care providers during the referenced admission, relating to my treatment in said facility for the following purpose:

Continuidad de la atención Expediente médico personal Legal Otro: _____
 Continuity of Care Personal Health Record Legal Other:

La información divulgada se limitará a la/s siguiente/s fecha/s de tratamiento: _____
 The information released shall be limited to the following date(s) of treatment:

Incluya también los siguientes datos específicos (marque todas las opciones que correspondan):
 Include also the following specific type data (check all that apply):

- Resumen de alta Resultados de radiología Análisis de laboratorio
- Discharge Summary Radiology Reports Labs
- Historial y evaluación física Registros clínicos ambulatorios Resumen (informes pertinentes a la visita)
- History & Physical Outpatient Clinic Records Abstract (Pertinent Reports from Visit)
- Informe operativo Notas médicas del Dpto. de Emergencias
- Operative Report E.D. Provider Note
- Otro
- Other

Fecha de vencimiento (Expiration Date):

- La fecha o evento de vencimiento para esta autorización es _____
 The expiration date or expiration event for this authorization is _____
- Si no se conoce la fecha o periodo de vencimiento entonces caducará seis (6) meses después de la fecha registrada abajo.
 If no expiration date or period is known it will expire six (6) months after the date recorded below.
- Esta autorización solo cubre el tratamiento que se reciba antes de la fecha registrada a continuación.
 This authorization covers only treatment prior to the date recorded below.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al Departamento de administración de información médica del centro mencionado anteriormente. La solicitud para revocar esta autorización debe incluir la firma del paciente o del representante legal del paciente y debe estar certificada.
 I understand I may revoke this authorization at any time with a written request to the Health Information Management Department of the above-named facility. The request to revoke authorization must contain the signature of the patient or the patient's legal representative and must be notarized.
- La revocación de esta autorización solo se permite en la medida en que la divulgación de la información ya no haya ocurrido y/o solo si el centro no ha tomado medidas basándose en dicha autorización.
 Revocation of this authorization is allowable only to the extent that the release of information has not already occurred and/or only if facility has not taken action in reliance thereon.
- Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la obtención de esta autorización.
 I understand that treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on obtaining this authorization.
- Entiendo además que la divulgación de los registros relacionados con el diagnóstico y/o el tratamiento para el abuso de alcohol o drogas está cubierta por el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales, y en caso de que exista dicha información, autorizo por medio del presente la divulgación de esta información.
 I further understand that any disclosure of records concerning diagnosis and/or treatment for alcohol or drug abuse is covered by Title 42 of the Code of Federal Regulations, and if there is any such information, I hereby authorize the release of this information.
- Esta autorización también incluye la información relacionada con el diagnóstico y/o el tratamiento de cualquier afección genética, enfermedad psiquiátrica o mental y/o cualquier estado de infección por el virus del VIH (SIDA).



This authorization also includes any information related to diagnosis and/or treatment of any genetic condition psychiatric or mental illness and/or any state of infection with the HIV (AIDS) virus.

- Esta autorización cubre los materiales que se consideran "expedientes del hospital" que puedan reducirse razonablemente a formato impreso.

This authorization covers materials considered "hospital records" reasonably capable of being reduced to printed form.

Por medio del presente se exime al centro de atención médica **Methodist Le Bonheur y sus afiliadas** de toda responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación de la información solicitada. Tenga en cuenta que la información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las leyes federales correspondientes.

Methodist Le Bonheur Healthcare and its affiliates are hereby released from all legal liability that may arise from the release of the information requested. Please note that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected under applicable federal law.

 Firma del paciente o persona autorizada
 Signature of Patient or Authorized Individual

 Fecha
 Date

 Relación si firma otra persona que no sea el paciente
 Relationship if signed by Other than Patient

 Número de Seguro Social del paciente
 Patient's Social Security Number

 Dirección
 Street Address

 Fecha de nacimiento del paciente
 Patient's Date of Birth

 Ciudad
 City

 Estado, Código postal, Número de teléfono
 State Zip Code Phone Number

Para recibir los expedientes solicitados anteriormente en formato electrónico a través de un enlace web seguro, proporcione la dirección de correo electrónico.
 To receive the above requested records electronically via a secure web link, please provide email address.

 Para uso administrativo: ¿Proporcionó Id. con fotografía? ___ Sí ___ No. Si la respuesta es negativa, debe incluirse la forma de Id. del paciente _____

For Office Use: Photo ID Provided ___ yes ___ no. If no, the form of patient ID must be stated

Testigo Fecha (Witness Date) _____

