



**Autorización para la divulgación de expedientes médicos**  
Authorization to Release Medical Records

**Ubicación de la clínica / hospital:** \_\_\_\_\_  
Clinic/Hospital Location:

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente autorizo al centro de atención médica Methodist Le Bonheur  
*Nombre del paciente (Patient's Name)*

y sus afiliadas a divulgar a \_\_\_\_\_  
*Agencia o individuo (Agency or individual)*

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       El expediente médico completo
  - Operative Report      E.D. Provider Note      (AVISO: la copia completa tiene un costo)*
  - Otro       \_\_\_\_\_       \_\_\_\_\_
  - Other      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_*
- (PLEASE NOTE: There is a charge associated with an entire copy.)**

**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 período 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)*

