



**Yuma Regional Medical Center • 2400 South Avenue A • Yuma, AZ 85364**  
**Departamento de Registros Médicos • (928) 336-7017 • Fax (928) 336-7154**  
**Autorización para entregar información médica protegida**

Autorizo a Yuma Regional Medical Center para que divulgue la información de salud protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés) de la historia clínica de:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Autorizo a YRMC para que divulgue la PHI**  para servicios desde \_\_\_\_\_ (fecha) hasta \_\_\_\_\_ (fecha) **O**

para esta única oportunidad \_\_\_\_\_ (fecha).

**Divulgar a:**

**Paciente**  **Cónyuge (Nombre):** \_\_\_\_\_  **Dr. (Nombre):** \_\_\_\_\_  **Terceros**

**(nombre o tipo de personas):** \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Propósito de la divulgación: \_\_\_\_\_

Como le gustaria recibir, por:  Correo  Fax  Recoger

**Descripción específica de la PHI que se divulgará:**

Visita a la Sala de Urgencias – Fecha: \_\_\_\_\_

Hospitalización – Fecha: \_\_\_\_\_

Historia clínica completa – Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Informe de radiografías – Fecha: \_\_\_\_\_

Informe de laboratorio – Fecha: \_\_\_\_\_

CD digital disponible con imágenes (en caso de que corresponda)

Registros financieros: \_\_\_\_\_

Observador (procedimiento del paciente)

Otros: \_\_\_\_\_

**A MENOS QUE haya marcado el cuadro Y haya puesto mis iniciales en alguna de las opciones, autorizo al proveedor para que use o divulgue la información que se relacione con lo siguiente:**

Información de pruebas genéticas **inicial** \_\_\_\_\_  Atención de salud conductual/Atención psiquiátrica/Información de atención mental **inicial** \_\_\_\_\_

Tratamiento contra el abuso de alcohol y/o drogas **inicial** \_\_\_\_\_  SIDA/VIH y otras enfermedades transmisibles **inicial** \_\_\_\_\_

Comprendo que el hospital no condicionará el tratamiento a mi firma de la presente autorización. El hospital no me negará el tratamiento si no firmo este formulario. Puedo negarme a firmar este formulario de autorización.

Esta autorización se encuentra sujeta a revocación en cualquier momento excepto en la medida en que la entidad, que debe hacer la divulgación, ya haya tomado medidas basándose en ella. A menos que se revoque previamente, ésta expirará en la siguiente fecha, evento o condición:

Fecha: \_\_\_\_\_ **O**  Evento: \_\_\_\_\_ **O**  Condición: \_\_\_\_\_

Comprendo que, si esta información se divulga a un tercero, puede que la información ya esté protegida por los reglamentos federales de privacidad y es posible que sea divulgada de nuevo por la persona u organización que recibió dicha información.

Comprendo los temas analizados en este formulario. Eximo al proveedor, sus empleados, funcionarios y directores, miembros del personal médico y socios comerciales de toda responsabilidad u obligación legal por la divulgación de la información señalada anteriormente según lo indicado y autorizado en la presente. El hospital verificara las firmas y retendrá copias de todas las autorizaciones durante seis años.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo – Empleado de YRMC

\_\_\_\_\_  
N° de identificación del empleado

\_\_\_\_\_  
Persona responsable por tomar decisiones sobre la atención médica

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente o descripción de la autoridad para actuar por el paciente

**La siguiente sección se debe llenar cuando el empleado de YRMC NO esté presente.**

Estado de Arizona; Condado de Yuma

Suscrito y jurado (o declarado) ante mí el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del notario

\_\_\_\_\_  
Mi mandato vence

**Hospital Use Only:**

RID # \_\_\_\_\_ MR # \_\_\_\_\_ Acct(s)# \_\_\_\_\_ I D ck'd by \_\_\_\_\_ Date Released \_\_\_\_\_