

1. Información del paciente:			
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)		N.º de registro médico de Cleveland Clinic	
Dirección actual		Ciudad	Estado Código postal
Últimos 4 dígitos del n.º del seguro social	Correo electrónico	Número de teléfono ()	Fecha de nacimiento / /

2. Divulgar información de (marcar todo lo que corresponda):	
<input type="checkbox"/> Establecimientos de Cleveland Clinic Ohio O <input type="checkbox"/> Especificar uno o más establecimientos de Cleveland Clinic Ohio: _____ <input type="checkbox"/> Establecimientos de Cleveland Clinic Nevada O <input type="checkbox"/> Consultorios médicos de Cleveland Clinic Akron (Partners Physician Group [PPG])	
NOTA: Para la divulgación de registros médicos del Ashtabula County Medical Center (ACMC), la Cleveland Clinic Akron General (CCAG) y la Cleveland Clinic Florida, debe realizar directamente su pedido al ACMC o a la Cleveland Clinic Florida.	

3. Divulgar información a:		
Nombre del destinatario		
Dirección	Ciudad/Estado	Código postal
Número de teléfono: ()	Número de fax: ()	
<input type="checkbox"/> Divulgar información a su cuenta MyChart (las solicitudes de más de 50 páginas se enviarán mediante la selección de una opción alternativa a continuación) <input type="checkbox"/> Impresa <input type="checkbox"/> Entrega electrónica segura (indicar la dirección de correo electrónico del destinatario) _____ Marcar la opción de entrega deseada		

Propósito de la divulgación: _____
 (El propósito de la divulgación se debe completar antes del procesamiento; p. ej., continuación de la atención, uso personal, legal)

Fechas de los servicios que se divulgarán (DESDE): _____ **(HASTA):** _____

<input type="checkbox"/> Visitas al consultorio	<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Informes de terapia ocupacional/fisioterapia
<input type="checkbox"/> Informes del Departamento de Emergencias	<input type="checkbox"/> Informes cardíacos	<input type="checkbox"/> Registros de atención en el hogar
<input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Registros de radioncología
<input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos	<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Otros

Yo, el abajo firmante, autorizo a la Cleveland Clinic a divulgar información médica como se indica/describe anteriormente. Entiendo y reconozco que la información médica solicitada puede contener información relativa a enfermedades físicas y mentales, resultados de una prueba o diagnóstico de VIH, tratamiento del SIDA/de afecciones relacionadas con el SIDA, y/o abuso de alcohol/drogas. **Esta autorización no incluye el permiso para divulgar notas de psicoterapia de pacientes ambulatorios, tal como se definen a continuación.* La divulgación de notas de psicoterapia requiere una autorización por separado.**

Esta autorización y consentimiento vencerá un año después de la fecha de autorización escrita a continuación, a menos que yo (o mi representante legal) la revoque mediante un aviso por escrito presentado ante la Administración de Información Médica (consulte la información de contacto a continuación). La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no se basarán en el hecho de que firme o no esta autorización.

Una vez que mi información médica se revele, el destinatario podrá volver a revelarla y es posible que ya no esté protegida por la ley. Al destinatario de mi información médica se le podrá cobrar por el servicio de divulgar la información médica. El envío de los registros directamente a mi proveedor de atención médica no tiene costo.

Si la autorización no está completa, firmada y fechada, se podrá devolver y esto dará lugar a que mi información no se divulgue hasta que se complete.

_____/ _____ _____/ /
 Firma del paciente/representante personal del paciente** Nombre en letra de imprenta Fecha de la firma

Relación, si no es el paciente

**Las notas de psicoterapia se definen como notas que documentan sesiones de consulta privadas, conjuntas, grupales o familiares que están separadas del resto de los registros médicos de un paciente.*

***Si la firma no es la del paciente, la solicitud **DEBE** estar acompañada de una copia de la documentación legal que verifique al representante personal del paciente (p. ej., tutor designado por un tribunal, poder notarial duradero para atención médica). Excepción: padre/madre que firma en nombre de un paciente menor de dieciocho años.*

***En el caso de un paciente fallecido, la autorización firmada por la persona nombrada debe estar acompañada de una nota u orden judicial que designe un fiduciario, albacea o administrador, o de las cartas de designación recibidas del tribunal sucesorio. Si la sucesión no ha sido legalizada, se debe presentar un certificado de defunción junto con los documentos que nombran al administrador o albacea de los bienes sucesorios.*

Presentar la solicitud ante una de las siguientes entidades:

- | | |
|---|---|
| (1) Health Information Management/Medical Record Department,
Health Data Services Ab7 (Administración de Información
Médica/Departamento de Registros Médicos, Servicios de Datos Médicos Ab7)
9500 Euclid Avenue, Cleveland, OH 44195 | (2) Fax: 1-216-587-8043
¿Preguntas? 1-216-444-5580 |
|---|---|