

1. Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Teléfono: _____

Nombre(s) anterior(es): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Últimos cuatros dígitos del SSN: _____

2. Autorizo a Faith Health a divulgar registros médicos a:

Nombre de la institución/persona/entidad:	Número de teléfono:	Fax:
Dirección:	Ciudad:	Estado/código postal:

3. Formato de divulgación:

Fax Correo CD Retiro en persona
 Correo electrónico _____

4. Fechas a divulgar: _____

5. Registros a divulgar:

<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Informe quirúrgico	<input type="checkbox"/> Facturación
<input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico	<input type="checkbox"/> Notas de evolución	<input type="checkbox"/> Clínicas (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Informe de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Informes de cardiología	Además, autorizo la divulgación de la siguiente información:	
<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Notas/pruebas de salud mental	<input type="checkbox"/> Tratamiento/pruebas de VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> CD de radiología	<input type="checkbox"/> Informe de patología	<input type="checkbox"/> Dependencia química/abuso de sustancias	

6. Propósito de esta divulgación:

Continuidad de la atención Seguro Abogado Uso personal Otro: _____

Esta autorización vence en la siguiente fecha, evento o condición: _____

Si no especifico ninguna fecha, evento o condición de vencimiento, esta autorización caducará 12 meses a partir de la fecha de mi firma, de acuerdo con la Sección 71-8403 del Estatuto Revisado de Nebraska, o al cumplirse el propósito para el cual se autoriza la divulgación.

Declaración de autorización:

- Comprendo que, salvo para fines de investigación y tratamientos relacionados, FAITH HEALTH no condicionará mi tratamiento a la firma de esta autorización.
- Salvo en la medida en que ya se hayan tomado acciones, comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a los Servicios de Información de Salud (Registros Médicos). Una fotocopia o un fax de esta autorización tienen la misma validez que el original.
- No autorizo ninguna divulgación adicional a terceros. Comprendo que, una vez divulgada la información conforme a lo especificado en esta autorización, ni el centro ni sus empleados, ni mis médicos podrán impedir que se vuelva a divulgar dicha información. Por la presente, eximo a cada uno de ellos de todas y cada una de las responsabilidades que surjan directa o indirectamente de la divulgación autorizada por este consentimiento y cualquier divulgación posterior de dicha información.
- Considero que una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Comprendo que puedo, previa solicitud, revisar la información que se va a divulgar.
- Comprendo que los documentos en mi historia clínica que no pertenezcan a FAITH HEALTH pueden no reflejar los cambios o las actualizaciones realizados por la organización que los emitió originalmente después de haberlos entregado a FAITH HEALTH.

Firma del paciente o del representante legalmente autorizado

Fecha

Relación con el paciente

Motivo por el cual el paciente no puede firmar

FAITH HEALTH

Records released by _____ MRN _____

Date mailed/faxed/picked up _____

Document Scan Type: Authorization to Release Protected Health Information
Revised: 10/2025

ETIQUETA DEL PACIENTE