

Favor de escribir en LETRA MOLDE (salvo la firma) y dar información completa en cada sección

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_

Comprendo que al firmar este formulario, le doy permiso a UIHC que haga pública información tocante al paciente arriba mencionado a:

Nombre de la persona y/o Institución \_\_\_\_\_

Dirección postal completa/Calle/Caja postal \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, zona postal \_\_\_\_\_

Marque la información adecuada (incluya fechas necesarias): \_\_\_\_\_ El mínimo necesario o especifique: \_\_\_\_\_

 Lista de medicinas  Lista de alergias  Vacunas  Lista de problemas (Resumen)

 Historial más reciente o examen físico y fecha específica \_\_\_\_\_

 Resumen más reciente de egreso del hospital o fecha específica \_\_\_\_\_

 Resultado de análisis, especifique tipo o fecha \_\_\_\_\_

 Reportes radiográficos, especifique tipo o fecha \_\_\_\_\_

 Reportes de consultas (especifique médico o clínica) \_\_\_\_\_

 Resultados de pruebas (EEG, PFP), especifique tipo o fecha \_\_\_\_\_

 Información sobre cobros, especifique \_\_\_\_\_

 Otro, especifique \_\_\_\_\_

 Según mi petición la razón para hacer pública la información es:  atención médica  legal  seguro  otro (especifique) \_\_\_\_\_

Esta autorización es voluntaria y puedo cancelar este permiso para hacer pública información en cualquier momento, enviando una carta al Director of Health Information Management, University of Iowa Hospitals and Clinics, 200 Hawkins Drive, Iowa City, IA 52242. Comprendo que cualquier diseminación efectuada antes de mi cancelación según los cumplimientos de esta autorización, no constituirá una ruptura de mis derechos de privacidad. La diseminación de esta información lleva consigo la probabilidad de re-diseminación no autorizada y una vez que se haga público esta información quizás no esté protegida por reglamentos federales de privacidad. Comprendo que puedo revisar la información diseminada o hacer indagaciones al respecto poniéndome en contacto con el Director de Información de Salubridad a la misma dirección antes mencionada.

Comprendo que quizás UIHC no exija que se llene este formulario como condición previa de tratamiento. No obstante, cuando se provee atención médica con el único propósito de producir un expediente médico (información de salubridad protegida) para una tercera entidad, si rehuso firmar esto puede resultar en que me nieguen atención médica.

Comprendo que la información que se va a hacer pública incluye información en las siguientes categorías o no ser que yo niegue específicamente su diseminación (**ponga sus iniciales** en cualquier categoría **que no** deba hacerse pública).

Abuso de sustancias adictivas \_\_\_\_\_ Salubridad mental \_\_\_\_\_ Información relacionada con VIH \_\_\_\_\_

Este acuerdo se vence al año de la fecha que aparece en la firma, a no ser que se haya previamente revocado o si hay cualquier otra indicación (especifique los números de días y meses) \_\_\_\_\_

Firma del paciente, padre o guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Dirección postal completa/Calle/Caja postal \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, zona postal \_\_\_\_\_

Parentesco, si no es el paciente \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_

**UIHC use only:** Upon satisfying release, date & sign, record on the Release of Information Tracking (ROIT) system and file the original of this form in the back of the medical record. If unable to enter this information release on the ROIT system, forward to the Release of Information Office, HIM, 2 SRF.

 Info. sent: \_\_\_\_\_  
 Name/Department \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

 Recorded on ROIT System: \_\_\_\_\_  
 Operator Name/Department \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_