

**AUTORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

<input type="checkbox"/>	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Nombre: _____ # de teléfono del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de seguro social: _____						
<input type="checkbox"/>	Proveedor: (quien está enviando la información) VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER						
<input type="checkbox"/>	ENTREGAR EXPEDIENTE A: Nombre: _____ (Persona y lugar a donde se debe mandar el expediente) # de teléfono: _____ Dirección: _____ # de fax: _____ Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____						
<input type="checkbox"/>	FECHAS DE TRATAMIENTO: Fechas (días): _____						
<input type="checkbox"/>	INFORMACIÓN SOLICITADA: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hospitalizaciones</td> <td><input type="checkbox"/> Visitas/Hospitalizaciones Psiquiátricas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Visitas a la Sala de Emergencia</td> <td><input type="checkbox"/> Visitas a clínicas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Visitas OBSTÉTRICAS y (labor y parto)</td> <td><input type="checkbox"/> Otra (especificar):</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Visitas/Hospitalizaciones Psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Visitas a la Sala de Emergencia	<input type="checkbox"/> Visitas a clínicas	<input type="checkbox"/> Visitas OBSTÉTRICAS y (labor y parto)	<input type="checkbox"/> Otra (especificar):
<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Visitas/Hospitalizaciones Psiquiátricas						
<input type="checkbox"/> Visitas a la Sala de Emergencia	<input type="checkbox"/> Visitas a clínicas						
<input type="checkbox"/> Visitas OBSTÉTRICAS y (labor y parto)	<input type="checkbox"/> Otra (especificar):						
<input type="checkbox"/>	PROPÓSITO DE ESTA SOLICITUD: <input type="checkbox"/> Cuidado médico <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Solicitud del Paciente <input type="checkbox"/> Otro, Favor de Explicar: _____						
Comprendo que mi expediente médico podrá también incluir información o diagnósticos/tratamientos relacionados con condiciones psiquiátricas o psicológicas, abuso de drogas y/o alcohol, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o estatus del VIH. Comprendo y estoy de acuerdo que la información, si existe, en cuanto a dichos diagnósticos/tratamientos descritos anteriormente podrá ser compartida.							
<input type="checkbox"/>	POR FAVOR COLOQUE SU INICIAL EN DONDE APLIQUE (solo en una opción) SI _____ NO _____ autorizo que esta información sea compartida. Limitaciones, si las hay: _____						
<input type="checkbox"/>	TIEMPO LÍMITE: Comprendo que esta autorización podría ser revocada por escrito en cualquier momento, a excepción de que alguna acción haya sido tomada en cuanto a esta autorización. A no ser que se revoque, esta autorización expirará el la siguiente fecha, evento o condición: _____						

Firma del paciente/representante legal: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____

OTRO TIPO DE EXPEDIENTES QUE PUEDEN SER OBTENIDOS:	
SERVICIOS DE CUIDADO EN SU HOGAR <i>(Home Care Services):</i> 2120 Bell Court Avenue Nashville, TN 37212 (615)-936-0336	PLACAS DE RADIOLOGÍA: Biblioteca de placas de radiología <i>Radiology Film Library</i> 1211 22nd. Avenue South 1098 VUH Nashville, TN 37232-2675 (615)-322-6311
FARMACIA (Para pacientes ambulatorios) 1301 22nd. Ave. South Nashville, TN 37232-5611 (615)-322-6480	EXPEDIENTES FINANCIEROS O DE COBRO: Oficinas de contabilidad para pacientes Patient Accounting One Hundred Oaks 719 Thompson Lane, Ste 30140 Nashville, TN 37204 (615)-936-0910 ó 866-488-4677

Cómo REVOCAR su Autorización de Divulgación de Información Médica.

Usted tiene el derecho de revocar su Autorización para Divulgar Información Médica. Para hacer esto, usted tiene que enviarnos una carta para revocar la autorización. Dicha carta deberá ser enviada a la siguiente dirección:

**Vanderbilt University Medical Center
Medical Information Services-Release of Information
4560 Trousdale Drive
Suite 101
Nashville, TN 37204-4538**

Si tiene alguna pregunta, favor de llamar a nuestro departamento de Divulgación de Información al: 615-322-2062

Excepciones: Esta autorización podría ser revocada salvo en el caso que:

- 1.- VUMC haya tomado acción referente a lo estipulado.
- 2.- Si la autorización fue obtenida como una condición para obtener cobertura de seguro médico y la aseguradora tiene el derecho legal a impugnar una demanda bajo la póliza o por la póliza misma.

LEA POR FAVOR:

Cuando su información médica haya sido entregada según lo acordado en una autorización válida, usted deberá estar consciente de lo siguiente:

Que la información divulgada puede ser sujeta a re-divulgación por parte del que la recibe y por lo tanto ya no estará protegida por la Regla de Privacidad.

EL TRATAMIENTO NO deberá ser aplazado, o condicionado a la obtención de esta autorización.