

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Yo, _____, autorizo a TMC Health a revelar la información médica protegida del paciente mencionado anteriormente, como se describe a continuación, a las siguientes personas:

Nombre(s): _____

Nombre(s): _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Relación: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

INFORMACIÓN QUE SE VA A REVELAR:

Yo autorizo que se revele información de parte de:

☐ Hospital TMC/ Rincon ☐ TMC One/Otras Clínicas de Salud de TMC ☐ Todas los Centros de Salud de TMC

Descripción específica de información a revelar:

☐ Información pertinente (Historial y Examen Físico, Resumen de Alta, Consultas, notas del Proveedor de la Sala de Emergencia, Electrocardiograma, Laboratorio y reportes de Radiología)

☐ Notas del Proveedor ☐ Resumen de Alta ☐ Reporte Operativo ☐ Notas de la sala de Emergencias

☐ Registros de Facturación ☐ Historial y Examen Físico ☐ Resultados de Laboratorio

☐ Reporte de Imágenes ☐ Películas de Imágenes en CD

☐ Todos los registros (los últimos 2 años al menos que se especifique lo contrario) ☐ Otros: _____

Autorizo al proveedor a revelar la información relativa a: (marque todo lo que corresponda)

☐ Salud Mental ☐ Abuso de Alcohol y/o Drogas ☐ Enfermedades contagiosas, incluyendo VIH/SIDA

Con relación a la información médica obtenida durante:

☐ Todos los periodos pasados, presentes y futuros ☒ Del _____ hasta _____.

PROPÓSITO DE LA REVELACION: ☐ A petición del paciente ☐ Otro: _____

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

Derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que, si yo firmo esta autorización, recibiré una copia de la misma. **Derecho a negarse a firmar esta autorización.** Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario y que TMC Health no puede condicionar el tratamiento, pago, la inscripción a un plan de salud o la elegibilidad para prestaciones de atención médica con base en mi decisión de firmar esta autorización si tal condicionamiento está prohibido por la Norma de Privacidad.

Derecho a revocar esta autorización. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una declaración por escrito de revocación dirigida a TMC Health, Health Information Management Department, 5301 E Grant Road, Tucson, AZ 85712. Estoy consciente de que mi revocación no tendrá efecto hasta ser recibida por el Departamento de Administración de Información Médica y no tendrá efecto con respecto a los usos y/o revelaciones de mi información médica que TMC Health haya efectuado antes de recibir mi declaración de revocación.

Derecho a inspeccionar o copiar la información médica que se va a revelar. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o copiar (pueden hacerse copias a un precio razonable) la información médica que he autorizado a revelar mediante este formulario de autorización. Puedo hacer arreglos para inspeccionar mi información médica o conseguir copias de mi información médica acudiendo al Departamento de Administración de Información Médica de TMC Health.

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE VIH: Entiendo que mis resultados de la prueba de VIH pueden ser revelados sin autorización a las personas o las organizaciones que tengan acceso conforme a la ley estatal y que existe una lista disponible de dichas personas u organizaciones.

AVISO DE NUEVA REVELACIÓN: Entiendo que la información utilizada o revelada conforme a esta autorización puede ser sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario y ya no estar protegida por los estándares de federales de privacidad.

FECHA DE EXPIRACIÓN: Esta autorización es válida hasta (indicar fecha o evento) _____.

Al firmar esta autorización, estoy confirmando que refleja exactamente mis deseos. También reconozco que el llenar esta autorización no constituye una solicitud de expedientes. ***Si deseo solicitar expedientes, entiendo que debo llenar un formulario de Solicitud de Expedientes.***

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE/RELACIÓN

FECHA/HORA

TMC HealthCare – Health Information Management Department

Dirección: 5301 E Grant Road, Tucson, AZ 85712 Teléfono: (520)324-5166 Fax: (520) 324-1590

Correo electrónico: tmc.medicalrecordsrequest@tmcaz.com Sitio web: tmcaz.com/medical-records



MR-161SP (04/2025)



Autorización para revelar Información Médica Protegida
HIM ROI Authorization