

A



For Internal Use Only: \_\_\_\_\_  
 Signature of Mosaic Health Staff receiving completed form \_\_\_\_\_  
 Patient Account Number: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA **DIVULGAR** INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

1 Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Autorizo a Mosaic Health a divulgar los registros del paciente mencionado anteriormente a:**

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

2 Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax# \_\_\_\_\_

**Escoja cuáles registros se necesitan divulgar, marque abajo:**

- Registro Médico Completo     Registro Dental Completo     Radiografías Médicas     Radiografías Dentales
- Resultados de Laboratorio     Lista de Medicamentos     Registro de Vacunas     Notas de Progreso

Otras: \_\_\_\_\_

**Para las siguientes Fechas de Tratamiento:** \_\_\_\_\_

(Ejemplos: Fechas Específicas - 13/01/2020; Rango de Fechas - Enero-Julio 2019)

\* Si los registros incluyen registros de un menor esta autorización requiere la firma del menor.

**Se requiere autorización específica para divulgar la siguiente documentación**

**(Indique con sus Iniciales abajo, si no tiene sus iniciales la información no nos será divulgada)**

\_\_\_\_ Tratamiento de Alcohol/Drogas    \_\_\_\_ Información Relacionada al VIH/SIDA    \_\_\_\_ Tratamiento de Salud Mental

\* Al autorizar específicamente la divulgación de lo relacionado con el VIH/SIDA, el tratamiento de alcohol o drogas, y/o el tratamiento de salud mental el destinatario tiene prohibido volver a divulgar esta información sin mi autorización, a menos que lo permita la ley estatal o federal.

**Formato Solicitado:** Fax    Correo de los EE.UU    En Persona (Se Requiere Identificación)

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**La Información debe ser solicitada por la siguiente(s) razón(es):**

- Transferencia de Cuidado     Escuela/Empleo     Discapacidad     Legal     Referido/Coordinación del Cuidado

Entiendo que la autorización para divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar ésta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de la información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo ponerme en contacto con la persona u organización autorizada para la divulgación.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Registros Médicos en Mosaic Health. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya ha sido divulgada como respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.

**Esta autorización se vence el: \_\_\_\_\_ (ponga fecha aqui), o dentro de un (1) año de la fecha de autorización, lo que ocurra primero.**

7 **Firma del Paciente/Padres/Representante Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma** \_\_\_\_\_

**Nombre en Letra Imprenta de la Firma de Arriba** \_\_\_\_\_

**Relación con el Paciente** \_\_\_\_\_

Mount Morris

1 Murray Hill Drive  
Building 1, Room 140  
Mt. Morris, NY 14510  
P: 585-243-7840  
F: 585-554-3342

Rushville

2 Rubin Drive  
Rushville, NY 14544  
P: 585-554-4400  
F: 585-554-3342

Utica-Medical

1651 Oneida Street  
Utica, NY 13501  
P: 315-793-7600  
F: 315-792-0079

Utica-Dental

3 Parkside Court  
Building 1  
Utica, NY 13501  
P: 315-293-7600  
F: 315-792-0079

Lyons

1519 Nye Road  
Lyons, NY 14489  
P: 315-871-3178  
F: 585-554-3342

Ilion

55 Central Plaza,  
Suite B  
Ilion, NY 13357  
P: 315-444-1900  
F: 315-792-0079