

**ROOSEVELT GENERAL HOSPITAL**  
**AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS**

(Incluso HIV Resultados de la prueba; Registros de abuso de drogas y alcohol, y salud mental, y Registros de discapacidades del desarrollo)

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguridad social: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Admisión: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_ Numero de historia Clinica: \_\_\_\_\_

Registros que se publicarán:  RGH  RGH Clinic  Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de servicio para la cual se solicitan registros: \_\_\_\_\_

Solicito específicamente que se divulgue la siguiente información:

- Laboratorio  Radiología  Terapia física  Cardiopulmonar  
 Cirugía de día  Sala de emergencias  Hospitalización / Observación  
 Otro: \_\_\_\_\_

(Nombre) \_\_\_\_\_ (En lo sucesivo "Liberadora"), Por la presente autorizo a Roosevelt General Hospital and Clinics a divulgar todos y cada uno de mis registros médicos, incluidos, entre otros, los siguientes: pruebas de VIH / resultados de pruebas; Registros de abuso de alcohol / drogas; y registros de salud mental / discapacidades del desarrollo. Autorizo que los registros se publiquen para el propósito mencionado anteriormente. Entiendo que este consentimiento para divulgar registros no es una condición del tratamiento.

Los registros deben ser entregados a: \_\_\_\_\_

Seleccione la opción para recibir o enviar registros

- Correo: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

Además, la información puede divulgarse a mi (s) tercer (s) pagador (es) y sus agentes o representantes para la revisión de servicios de los seguros o la recepción de beneficios.

A menos que se indique lo contrario, esta autorización para liberar se aplica a cualquier documento, registro o información relacionada con la condición pasada, presente o futura del Liberador.

A. ADEMÁS, EL LIBERADOR RECONOCE ESPECÍFICAMENTE QUE DICHS REGISTROS PUEDEN INCLUIR Y / O CONTENER REFERENCIA A CUALQUIERA O A TODOS LOS SIGUIENTES SBEJOS Y RELEASOR, AL FIJAR EL FIRME RELEASOR HERETO, AQUÍ DIRIGE QUE TODOS LOS CIERTOS CIERTOS.

B. Todos y cada uno de los registros médicos de Releaser, incluidos, entre otros, informes / materiales documentales / materiales tangibles, que se relacionan de alguna manera con el DROGAS / ALCOHOL / ABUSO DE SUSTANCIAS, incluida cualquier información que pueda ser protegida por la ley federal de conformidad con 42 CRF Part 2.

Esta información relacionada con esta sección se divulgará de conformidad con 42 CFR Parte 2, Subparte C. Dicha información, cuando se divulgue, irá acompañada de la siguiente declaración:



42121 US Hwy 70 • Portales, NM  
88130  
P. 575.359.1800 • F. 575.356.7116

Esta información se le ha revelado de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información a menos que el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o la autorización adicional de 42 CFR Parte 2 lo permita expresamente. La información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

A. En la medida en que este consentimiento para divulgar información se aplique a esta sección, entiendo que tengo derecho a acceder a información confidencial sobre mí y que tengo derecho a copiar cualquier información y presentar declaraciones aclaratorias o correctivas y otra documentación de información razonable. duración para la inclusión con la información confidencial (según lo autorizado por 42-1-19 et seq. NMSA, 1978).

En la medida en que este consentimiento para divulgar información se aplique a esta sección, entiendo que tengo derecho a acceder a información confidencial sobre mí y que tengo derecho a copiar cualquier información y presentar declaraciones aclaratorias o correctivas y otra documentación de información razonable. duración para la inclusión con la información confidencial (según lo autorizado por 42-1-19 et seq. NMSA, 1978).

B. Todos y cada uno de los registros médicos de Releaser, incluidos, entre otros, informes / materiales documentales / materiales tangibles, que se relacionen de alguna manera con la INFECCIÓN / PRUEBA DE VIRUS DE INMUNIDAD HUMANA (VIH) Y / O SÍNDROME DE DEFICIENCIA INMUNITARIA (SIDA) ADQUIRIDO, incluida cualquier información que pueda estar protegida por la ley estatal y que pueda divulgarse de conformidad con 24-2B-1 NMSA (1978) et seq.

Esta información se divulgará de conformidad con la Sección 24-2B-7 NMSA (1978), y esta autorización para divulgar información al destinatario mencionado anteriormente de la información deberá ir acompañada de una divulgación sustancialmente similar a la siguiente:

Esta información ha sido revelada a los registros cuya confidencialidad está protegida por la ley de estadísticas. La ley estatal prohíbe que usted haga más divulgaciones de dicha información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien pertenece dicha información, o según lo permita la ley estatal. Una persona que hace una divulgación no autorizada de esta información es culpable de un delito menor y será sentenciada a prisión en la cárcel del condado por un período definido que no exceda los seis meses o el pago de una multa o no más de quinientos dólares (\$ 500 ), o ambos.

Entiendo que la declaración anterior en relación con esta sección informa al destinatario de la administración de una prueba de VIH y / o de los resultados de la prueba de VIH y, salvo lo dispuesto en la Ley de Prueba de Virus de Inmunodeficiencia Humana de Nuevo México (la "Ley"), está en contra la ley para divulgar aún más los resultados a cualquier otra persona. Me doy cuenta de que el Hospital General de Roosevelt y sus afiliados o mi médico no tienen ninguna otra obligación legal y / o capacidad de limitar la divulgación de dicha información del resultado de la prueba por parte del destinatario de la información.

También entiendo que este consentimiento está sujeto a revocación por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la instalación a la que se le ha ordenado hacer una divulgación ya haya tomado medidas confiando en ello. Si no se revocó previamente, este consentimiento terminará en (6) meses a partir de la fecha de mi firma.

Certifico que he leído este formulario o que su contenido ha sido leído y explicado; Entiendo su contenido; y todos los espacios en blanco o declaraciones que requieren inserciones o compleciones se completaron y todos los elementos no aplicables se eliminaron antes de firmar Por la presente libero a los médicos que proporcionaron mi atención hospitalaria, el Hospital General de Roosevelt y sus afiliados, sus funcionarios, directores, empleados y agentes, forman toda responsabilidad y reclamos de cualquier naturaleza que puedan surgir de la divulgación de la información contenida en mi registro médico

Firma: \_\_\_\_\_  
Patient / or Patient's Legally Authorized Representative

Fecha/Time: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Relación con la paciente

Firma: \_\_\_\_\_  
Testigo

Fecha/Time: \_\_\_\_\_