

**NEW MEXICO CARDIOVASCULAR ASSOCIATES**  
**AUTORIZACION O SOLICITUDE** (encierre una en un circulo)  
**PARA DIVULGACION DE INFORMACION**  
**PHONE: (575) 522-6806 FAX: (575) 521-8033**

**SECCION A: (Esta seccion debe ser llenada por el paciente)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Histora clinica o de identificacion: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_

Por medio del presente, autorizo a **NMCVA** para usar o divulgar la informacion de salud que pueda identificar individualmente, segun se describe en esta autorizacion. Comprendo que esta autorizacion es voluntaria y, que si la persona o entidad autorizada mediante este document no es un plan de salud o proveedor de servicios de salud, es posible que mi informacion ya no este protegida por las leyes estatales o federales.

**Indique la informacion especifica que tiene autorizacion de divulgacion:**

Fechas del servicio o la entrevista que se divulgara: \_\_\_\_\_

- |   |   |  |   |   |  |
|---|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthesia           | <input type="checkbox"/> Consulta               | <input type="checkbox"/> Resumen del alta          | <input type="checkbox"/> Electrocardiogra (ECG) | <input type="checkbox"/> Emergencia             | <input type="checkbox"/> Caratula              |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes/ medico | <input type="checkbox"/> Informe de imagenes    | <input type="checkbox"/> Laboratorio               | <input type="checkbox"/> Medicamento            | <input type="checkbox"/> Sala de recien nacido  | <input type="checkbox"/> Cirugia /procedimento |
| <input type="checkbox"/> Instrucciones        | <input type="checkbox"/> Servicios ambulatorios | <input type="checkbox"/> Pathologia                | <input type="checkbox"/> Evolucion              | <input type="checkbox"/> Infomre de facturacion | <input type="checkbox"/> UB 92                 |
| <input type="checkbox"/> Factura desglosada   | <input type="checkbox"/> Acc de divulgacion     | <input type="checkbox"/> Historia clinica completa | <input type="checkbox"/> Otro                   | <input type="checkbox"/> Radiografias           | <input type="checkbox"/> _____                 |

**Informacion divulgada a o desde:**

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, estado, codigo postal \_\_\_\_\_  
 Numero del telefono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

**SECCION B: Esta seccion debe ser llenada por los proveedores si la divulgacion es para sus propios fines:**

Proposito de la divulgacion: \_\_\_\_\_

Recigira el establecimiento o la consulta unaindemnizacion financier o en especies por el uso o la divulgacion de la informacion descrito anteriormente?  YES  NO

**SECCION C: (El paciente deve leer y llenar la informacion en esta seccion)**

- Comprendo que mi atencion de salud no se vera afectada si no firmo este formulario.
- Comprendo que esta autorizacion vencera el \_\_\_\_\_ (fecha) o \_\_\_\_\_ (situacion).
- Comprendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento si informa a **NMCVA** por escrito, except que dicha autorizacion ya se haya dado segun el period de autorizacion previo.
- Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorizacion o solicitud si la pido.
- Comprendo que sim is registros incluyen informacion confidencial, puede ser necesasrio que mi medico autorice SU USO o divulgacion.

*Por medio del presente, autorizo el uso o divulgacion de la informacion de salud que me pueda identificar individualmente, segun se describe anteriormente. Comprendo que, a menos que este restringida por leyes estatales indibiduales, esta informacion puede incluir antecedents bore VIH, SIDA, enfermidades venereas o trastornos de salud mental. Comprendo que la excepcionan a esta autorizacion se aplica (de acuerdo con 42 CFR part2) a los registros que incluyen abuso de dragos y alcohol o notas de terapeuta psiquiarico. Esta tipo de registrosrequieren una autorizcion por separado. Comprendo que si la organizacion autorizada para recibir la informacion no es un plan de salud o un proveedor de servicios de salud cubierto por las normas de privacidad federales, es posible que la informacion divulgada y no este protegida por dichas normas de privacidad.*

**Firma del paciente o de su representante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Si no es el pacient quien firma, indique la relacion con el:

- Padre o tutor de un paciente menor de edad  Tutor o albacea de un paciente incompetente  Beneficiario o representante de paciente fallecido