



**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

(Vea la ubicación de las instalaciones al reverso de este formulario)

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ # de teléfono _____

Yo, _____, por este medio autorizo a

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

_____ a revelar la información especificada a continuación de mi
expediente médico que cubre las fechas de servicio del _____ al _____.

NOMBRE DEL HOSPITAL/MÉDICO/INSTALACIÓN

La información que a continuación se ha marcado con una (X) debe ser divulgada a:

NOMBRE DEL HOSPITAL, MÉDICO, AGENCIA DE SERVICIOS O TERCERA PERSONA (incluya el # de fax si es hospital o médico)

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Propósito de la divulgación:	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Legal
			<input type="checkbox"/> Otro _____
Marque los documentos que se están divulgando:	<input type="checkbox"/> Informes de Patología	<input type="checkbox"/> Informe de Radiología _____	
<input type="checkbox"/> Resumen de Egreso	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Imágenes de Radiología	
<input type="checkbox"/> Instrucciones de Alta/Resumen después de visita	<input type="checkbox"/> Cardiología	<input type="checkbox"/> Récord Sala de Emergencia	
<input type="checkbox"/> Historia y Examen Físico	<input type="checkbox"/> Visita Clínica	<input type="checkbox"/> Expediente completo	
<input type="checkbox"/> Informes de Consulta	<input type="checkbox"/> Abstracto	<input type="checkbox"/> Otros _____	
<input type="checkbox"/> Notas del Progreso	<input type="checkbox"/> Informe Operatorio		

Método de entrega: Papel # de Fax _____ Correo electrónico: _____

Se requiere la autorización expresa del paciente para revelar ciertos tipos de informes, incluyendo del tratamiento e información del abuso de alcohol y/o drogas, examen y tratamiento del VIH, tratamiento psiquiátrico, y de pruebas genéticas (definidas en la Ley de no discriminación por información genética de 2008 – GINA, sección 201 7 A y B). Para autorizar la divulgación de esta información, por favor lea y firme lo siguiente:

Yo, _____, autorizo la revelación de información y tratamiento del **abuso de alcohol y/o drogas**.
(Firma del Paciente)

Yo, _____, autorizo la revelación de **resultados de examen de VIH** y/o información de tratamiento de VIH.
(Firma del Paciente)

Yo, _____, autorizo la revelación de información **psiquiátrica**.
(Firma del Paciente)

Yo, _____, autorizo la revelación de información **de pruebas genéticas**.
(Firma del Paciente)

Al autorizar la divulgación de la información confidencial arriba identificada, por este medio yo renuncio a toda restricción o privilegio impuesto por la ley y exonero al Ochsner Health System y a sus afiliados y su personal de toda restricción o privilegio impuesto por la ley con respecto a la revelación o divulgación de cualquier informe, observación o comunicación profesional. Tengo entendido que la información que se está divulgando puede estar sujeta a redivulgación por el recipiente y no estar ya protegida. Yo entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no pueden ser condicionados al firmar esta autorización. Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en el caso en que el Ochsner Health System y sus afiliados ya hayan tomado medidas con relación a ello. Las cartas para revocar esta autorización deben ser dirigidas a: Ochsner Medical Center, Release of Information Department, 1201 Dickory Avenue, Harahan, LA 70123.

Si no ha sido previamente revocada por escrito, esta autorización terminará o expirará en (indique la fecha, evento o condición específica): _____

Si la fecha de expiración se deja en blanco, la autorización expirará dentro de un año.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____ FECHA FIRMADA _____

DIRECCIÓN _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

FIRMA DEL TESTIGO (si el paciente no puede firmar) _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE O CREDENCIALES _____ FECHA FIRMADA _____



UBICACIÓN DE LAS INSTALACIONES

**Centro Médico Ochsner
Centros de Salud Ochsner**
1514 Jefferson Highway
New Orleans, LA 70121
Teléfono: (504) 842-2832
Fax: (504) 842-4047

**Centro Médico
Ochsner Baptist
Centros de Salud Ochsner**
2700 Napoleon Avenue
New Orleans, LA 70115
Teléfono: (504) 894-2173
Fax: (504) 894-2460

**Centro Médico
Ochsner Baton Rouge
Centros de Salud Ochsner**
17000 Medical Center Drive
Baton Rouge, LA 70816
Teléfono: (225) 236-5917
Fax: (225) 236-5469
ó (225) 761-5939

**Centro Médico
Ochsner Kenner
Centros de Salud Ochsner**
180 West Esplanade Avenue
Kenner, LA 70065
Teléfono: (504) 464-8066
Fax: (504) 464-8093

**Centro Médico
Ochsner North Shore
Centros de Salud Ochsner**
100 Medical Center Drive
Slidell, LA 70461
Teléfono: (985) 646-5009
Fax: (985) 646-5606

**Complejo Médico Ochsner
River Parishes**
500 Rue de Sante
LaPlace, Louisiana 70068
**Solicitud para récords médicos de visitas
EN ó DESPUÉS DE Nov. 1, 2014,
comuníquese con:
Centro Médico Ochsner Kenner**

**Ochsner St. Anne General
Centros de Salud Ochsner**
4608 Hwy One
Raceland, LA 70394
Teléfono: (985) 537-8364
Fax: (985) 537-8296

**Centro Médico
Ochsner Westbank
Centros de Salud Ochsner**
2500 Belle Chasse Highway
Gretna, LA 70056
Teléfono: (504) 207-2525
Fax: (504) 391-5115