

MEDICAL RECORD**Authorization for the Release of Medical Information**

National Institutes of Health, Clinical Center
 Health Information Management Dept.
 10 Center Drive, MSC 1192
 Building 10, Room B1L400
 Bethesda, MD 20892-1192
 Teléfonos: (888) 790-2133 o (301) 496-3331
 Fax: (301) 480-9982

INSTRUCCIONES: debe llenar este formulario **completamente**, si no llena todas las secciones, se devolverá como inválido.

Para más información o para enviar este formulario de forma electrónica, visite nuestra página web:

<https://clinicalcenter.nih.gov/participate/medicalrecordrequest.html>

Use un formulario por cada solicitante.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente:	Teléfono:	Fecha de nacimiento:
----------------------	-----------	----------------------

2. ACCIÓN: hasta dos proveedores médicos externos pueden tener autorización permanente para recibir copias de su expediente médico. Esta autorización se puede revocar en cualquier momento si lo solicita. Si la persona que se nombra a continuación no es un proveedor médico, sátese este paso.

- Ingrese un nuevo proveedor médico** – Autorizo para que el proveedor a continuación tenga acceso a mi expediente médico.
 Remplace el proveedor médico autorizado – Remplacen al proveedor médico existente ___ con el proveedor médico a continuación.
 Elimine un proveedor médico autorizado – Retiren el acceso al proveedor médico a continuación.

3. DIVULGUEN LA INFORMACIÓN A: la persona que desea que reciba el expediente médico solicitado – **Es necesario incluir la dirección postal completa.** El número de teléfono o fax es opcional. Es obligatorio llenar el resto de las casillas.

Nombre:	Teléfono:		
Dirección:	Fax:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	País:

4. INFORMACIÓN A DIVULGAR: revise las opciones y seleccione la(s) casilla(s) que correspondan:

FECHAS DE LOS DOCUMENTOS A DIVULGAR: desde _____ hasta _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Notas clínicas | <input type="checkbox"/> Otros resultados de pruebas diagnósticas (cardiacas, de función respiratoria, neurológicas, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) : |
| <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas (se enviarán en CD) | |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología | |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | |

5. OBJETIVO O NECESIDAD DE LA DIVULGACIÓN (atención continua, motivos personales, etc.):

6. AUTORIZACIÓN: por medio del presente, autorizo al Centro Clínico de los Institutos Nacionales de la Salud para divulgar mi información médica a la persona o la organización mencionada anteriormente. Nota: con la solicitud que hace por medio del presente, autoriza la divulgación futura a la misma persona o entidad durante **un año** a partir de la fecha en que se firma.

Firma del paciente o de la persona autorizada	Nombre en letra imprenta	Fecha
---	--------------------------	-------