

**Lovelace Women's Hospital  
4701 Montgomery Blvd. NE  
Albuquerque, NM 87109**

RELEASE OF INFORMATION  
AUTHORIZATION/REQUEST FORM

ROID0023 (Rev 09/11/16)

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| <b>No podemos procesar autorizaciones incompletas. A fin de prevenir demoras en el procesamiento de esta solicitud, no deje de llenar todas las secciones de la autorización. Se devolverán las autorizaciones incompletas.</b>   |  |   |  |   |
| Datos del paciente  | Nombre del paciente  |   |  |   |
|   | Domicilio  |   |  |   |
|   | Ciudad/estado/código postal  |   |  |   |
|   | Número de teléfono   | Número del expediente médico:   |  |   |
|   | Fecha de nacimiento  |   |  |   |
| Centro clínico de donde PROVIENE LA DIVULGACIÓN   | Nombre del centro clínico  | Lovelace Women's Hospital   | <b><i>Si necesita información de otro centro clínico de Lovelace, favor de indicar a continuación el nombre de dicho centro clínico:</i></b><br>_____<br>_____<br>_____  |   |
|   | Dirección  | 4701 Montgomery Blvd. NE  |  |   |
|   | Ciudad/estado/código postal  | Albuquerque, NM 87109   |  |   |
|   | Número de teléfono   | 505-727-8197  |  |   |
|   | Número de fax  | 505-727-9501 - Routine  |  |   |
| Centro clínico/ persona(s) que recibirán la información   | Nombre   |   |  |   |
|   | Dirección  |   |  |   |
|   | Ciudad/estado/código postal  |   |  |   |
|   | Número de teléfono   |   |  |   |
|   | Número de fax  |   |  |   |
| <b>La información:</b> <input type="checkbox"/> Se enviará a la dirección que se indica más arriba <input type="checkbox"/> La recogerá <input type="checkbox"/> Llame al número que se indica más arriba cuando esté lista para recogerla <input type="checkbox"/> Se enviará por fax al número que se indica más arriba |  |   |  |   |
| <b>La información que se solicita se utilizará para el(los) fin(es) siguiente(s):</b><br><input type="checkbox"/> Continuidad de la atención médica <input type="checkbox"/> Determinación de incapacidad <input type="checkbox"/> Seguros <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Uso personal           |  |   |  |   |
| <b>Fecha(s) de la prestación de los servicios que se solicita: del _____ al _____</b>   |  |   |  |   |
| Proporcione una descripción específica de los datos que se divulgarán   | <input type="checkbox"/> Expedientes de cobros<br><input type="checkbox"/> Consultas<br><input type="checkbox"/> Resumen al darle de alta<br><input type="checkbox"/> Electrocardiogramas<br><input type="checkbox"/> Expedientes de emergencia  | <input type="checkbox"/> Carátula<br><input type="checkbox"/> Historial y reconocimiento físico<br><input type="checkbox"/> Informes de radiografías/ imágenes<br><input type="checkbox"/> Películas/CD de radiografías/ imágenes<br><input type="checkbox"/> Laboratorio   | <input type="checkbox"/> Expedientes de medicamentos<br><input type="checkbox"/> Expedientes de enfermería<br><input type="checkbox"/> Informe operativo<br><input type="checkbox"/> Informe de patología<br><input type="checkbox"/> Órdenes del médico | <input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso<br><input type="checkbox"/> Expedientes de terapia<br><input type="checkbox"/> Todos los expedientes<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|   | Expedientes de la salud mental, del VIH, de enfermedades venéreas<br><i>Si se solicitan este tipo de expedientes, el paciente tiene que firmar a continuación a fin de autorizar la divulgación</i><br><input type="checkbox"/> Expedientes de salud mental<br><input type="checkbox"/> Expedientes del VIH<br><input type="checkbox"/> Expedientes de enfermedades venéreas<br><input type="checkbox"/> Expedientes del tratamiento de alcoholismo y drogadicción<br>Se exige que firme el paciente o el representante legal: _____ |   |  |   |
| Solicitud de expedientes electrónicos<br>(Solo para Lovelace Medical Center, Westside y Women's)  |  | <input type="checkbox"/> Deseo solicitar copia electrónica de las instrucciones que me dieron al darme de alta.<br><input type="checkbox"/> Deseo solicitar copia electrónica de la información sobre mi salud como paciente según se describe en la presente (incluso los resultados de los análisis, los problemas, los medicamentos, las alergias, el resumen al darle de alta y los procedimientos). Tengo entendido que el centro clínico dispone de tres días hábiles para proporcionar copias de esto. |  |   |

Lovelace Women's Hospital  
4701 Montgomery Blvd. NE  
Albuquerque, NM 87109

RELEASE OF INFORMATION  
AUTHORIZATION/REQUEST FORM

ROID0023 (Rev 09/11/16)

- La persona/organización que está autorizada para utilizar/divulgar la información recibirá indemnización por hacerlo.  
 Sí     No
- Entiendo que esta autorización se hace voluntariamente y que puedo negarme a firmar esta autorización. El hecho que me niegue a firmarla no afectará mi elegibilidad para recibir beneficios ni mi inscripción, ni los pagos de la cobertura de servicios, ni la habilidad de recibir tratamientos, salvo según se estipule en la sección de NOTAS que se encuentra al pie de este formulario.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con solo avisar por escrito al centro clínico que divulga los expedientes al Lovelace Health System, salvo en la medida que ya se haya tomado acción conforme a esta autorización; o si esta autorización se obtiene como condición de conseguir la cobertura de seguro, otras leyes le otorga al asegurador el derecho de impugnar una reclamación conforme a la póliza de seguro o la póliza de seguro misma.
- Entiendo que la información que autorizo que reciba una persona o entidad se pudiera divulgar de nuevo y ya no estará protegida por los reglamentos federales de privacidad.
- Esta autorización permanecerá en vigor y vigencia por un año a partir de la fecha de la firma o hasta \_\_\_\_\_ cuando caduca esta autorización de divulgación de esta información protegida sobre la salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del paciente o del representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Su relación o parentesco con el paciente o la autoridad del representante que le permite actuar en nombre del paciente, si corresponde

NOTA: Si el fin de esta autorización es el uso y/o la divulgación de la información sobre la salud para un estudio de investigación y me negara a firmar esta autorización, Lovelace Health System reserva el derecho de denegarme el tratamiento correspondiente a dicha investigación.

NOTA: Si el fin de esta autorización es la divulgación de la información sobre la salud a otra parte basado en servicios de atención médica que se prestan solo para obtener dicha información y me negara a firmar esta autorización, Lovelace Health System reserva el derecho de denegarme dicha atención médica.

**A copy of this signed form will be provided to the patient.**

**Solo para que lo llene el personal de la oficina (For Office Use Only):**

ID Verified  Yes  No

Type of ID ✓'d  Driver's License  Military  School  Other \_\_\_\_\_

Verified by \_\_\_\_\_

Employee Name

\_\_\_\_\_ Date