

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

INSTRUCCIONES: Llene este formulario **completamente** y envíe el original a la siguiente dirección (*llene un formulario aparte para cada solicitante*):

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH

ATTN: MEDICAL RECORD DEPARTMENT MEDICOLEGAL SECTION

10 CENTER DRIVE, MSC 1192

BLDG 10, ROOM 1N205

BETHESDA, MD 20892-1192

TELÉFONO:

(888) 790-2133 (para larga distancia-outside calling area)

(301) 496-3331 (para llamadas locales-local calls)

FAX:

(301) 480-9982

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente	Teléfono durante el día	Fecha de nacimiento
---------------------	-------------------------	---------------------

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: La información deberá entregarse a la siguiente persona u organización:

Nombre	Teléfono		
Dirección	Fax		
Ciudad	Estado	Código postal	País

*Tenga en cuenta que un paciente puede designar hasta a dos proveedores de atención médica ajenos al NIH para que cuenten con autorización permanente para obtener copias de sus expedientes médicos. Esta autorización se puede anular en cualquier momento en que usted lo solicite. Si desea que el proveedor cuyo nombre aparece en este documento tenga este tipo de acceso o si desea actualizar su lista de proveedores de atención médica, marque una de las siguientes alternativas:

- Otorgar al proveedor de atención médica cuyo nombre aparece al comienzo de este documento la autorización para tener acceso a mis expedientes médicos
- Reemplazar a _____ (proveedor que aparece en la autorización vigente) por el proveedor de atención médica cuyo nombre aparece al comienzo de este documento
- Cancelar la autorización del proveedor de atención médica cuyo nombre aparece al comienzo de este documento

Propósito o motivo de la entrega de la información (*Purpose or need for disclosure*): _____

Período al que corresponde la información que se entregará: desde (from) _____ hasta (to) _____
(Date Range of Information to be Released) mes y año (month/year) mes y año (month/year)

Marque la información específica cuya entrega se solicita (Please check specific information to be released):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informe de alta (<i>Discharge Summary</i>) | <input type="checkbox"/> Informes de interconsultas (<i>Consultation Reports</i>) |
| <input type="checkbox"/> Informes de medicina nuclear (<i>Nuclear Medicine Reports</i>) | <input type="checkbox"/> Informes de radiología (<i>Radiology Reports</i>) |
| <input type="checkbox"/> Anamnesis y exploración física (<i>History & Physical</i>) | <input type="checkbox"/> Pruebas de función pulmonar (<i>Pulmonary Function Tests</i>) |
| <input type="checkbox"/> CD de imágenes de medicina nuclear (gammagrafía ósea, etc.)
(<i>Nuclear Medicine CD Images - bone scan, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> CD de imágenes de radiología (TC, radiografías, etc.)
(<i>Radiology CD Images - (CT/x-ray, etc.)</i>) |
| <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos (<i>Operative Reports</i>) | <input type="checkbox"/> Informes de histología (<i>Tissue Exam Reports</i>) |
| <input type="checkbox"/> Comentarios de la evolución ambulatoria (<i>Outpatient Progress Notes</i>) | <input type="checkbox"/> Pruebas de diagnóstico cardíaco (<i>Heart Diagnostics</i>) |
| <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de laboratorio (<i>Lab Results</i>) | |

Otros (especifique) Other, Please Specify: _____

AUTORIZACIÓN (AUTHORIZATION): Por medio del presente se otorga permiso al Centro Clínico de los Institutos Nacionales de Salud para que entregue información médica a la persona u organización cuyo nombre aparece al comienzo de este documento (*Permission is hereby granted to the National Institutes of Health Clinical Center to release medical information to the individual/organization as identified above*).

Nota: La presentación de este documento autoriza la entrega de la información que se especifica aquí durante un período de un año a partir de la fecha de firma (Note: Submission of this form authorizes the release of the information specified within one year from date of signature.)

Firma del paciente o de la persona autorizada (<i>Patient/Authorized Signature</i>)	Nombre en letras de imprenta (<i>Print Name</i>)	Fecha (<i>Date</i>)
---	--	-----------------------

Patient Identification

Authorization for the Release of Medical Information
 NIH-527-SP (9-08)
 P.A. 09-25-0099
 File in Section 4: Correspondence