

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

National Institutes of Health, Clinical Center  
 Health Information Management Division  
 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://www.cc.nih.gov/dcri/medical-record-request>

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

**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. Al firmar y enviar el presente documento, certifico que soy la persona que afirmo ser. Comprendo que solicitar expedientes que no sean los míos (o los de aquellas personas sobre las cuales tenga autoridad legal, p. ej., mi hijo menor de edad) constituye un delito en virtud de la *Ley de privacidad* [Privacy Act], que acarrea una multa de \$5,000. 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
---	--------------------------	-------