



ROI

RELEASE OF INFORMATION
AUTHORIZATION/REQUEST FORM

ROID0024 (Rev 09/11/16)

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.

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 Westside Hospital	Si necesita información de otro centro clínico de Lovelace, favor de indicar a continuación el nombre de dicho centro clínico: _____
	Dirección	10501 Gold Course Rd. NW	
	Ciudad/estado/código postal	Albuquerque, NM 87114	
	Número de teléfono	(505) 727-2080	
	Número de fax	(505) 727-2084	
Centro clínico/ persona(s) que recibirán la información	Nombre		
	Dirección		
	Ciudad/estado/código postal		
	Número de teléfono		
	Número de fax		

La información: Se enviará a la dirección que se indica más arriba La recogerá Llame al número que se indica más arriba cuando esté lista para recogerla Se enviará por fax al número que se indica más arriba

La información que se solicita se utilizará para el(los) fin(es) siguiente(s):

Continuidad de la atención médica Determinación de incapacidad Seguros Legal Uso personal

Fecha(s) de la prestación de los servicios que se solicita: del _____ al _____

Proporcione una descripción específica de los datos que se divulgarán	<input type="checkbox"/> Expedientes de cobros	<input type="checkbox"/> Carátula	<input type="checkbox"/> Expedientes de medicamentos	<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso
	<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Historial y reconocimiento físico	<input type="checkbox"/> Expedientes de enfermería	<input type="checkbox"/> Expedientes de terapia
<input type="checkbox"/> Resumen al darle de alta	<input type="checkbox"/> Informes de radiografías/ imágenes	<input type="checkbox"/> Informe operativo	<input type="checkbox"/> Informe de patología	<input type="checkbox"/> Todos los expedientes
<input type="checkbox"/> Electrocardiogramas	<input type="checkbox"/> Películas/CD de radiografías/ imágenes	<input type="checkbox"/> Órdenes del médico		<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Expedientes de emergencia	<input type="checkbox"/> Laboratorio			
Expedientes de la salud mental, del VIH, de enfermedades venéreas	<p><i>Si se solicitan este tipo de expedientes, el paciente tiene que firmar a continuación a fin de autorizar la divulgación</i></p> <input type="checkbox"/> Expedientes de salud mental <input type="checkbox"/> Expedientes del VIH <input type="checkbox"/> Expedientes de enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> Expedientes del tratamiento de alcoholismo y drogadicción Se exige que firme el paciente o el representante legal: _____			
Solicitud de expedientes electrónicos (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. <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.			

