

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo del Paciente: _____			
Dirección: _____			
Ciudad: _____	Estado/Provincia: _____	País: _____	Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____		Fecha de Nacimiento: _____	

SECCIÓN II: INFORMACIÓN A SER COMPARTIDA

Al firmar esta autorización, Yo voluntariamente autorizo a **Hospital San José S.A.** (el "Hospital") a compartir la siguiente información de mi historial médico (Marque todas las opciones que apliquen):

- Solamente la información relacionada a (especificar): _____
- Solamente en el plazo de los eventos en las siguientes fechas, desde _____ hasta _____
- Expediente médico completo Otros, p. ej. rayos-x, facturas (indique fechas): _____

Si desea compartir alguna(s) de siguiente información sensible y confidencial, marque la(s) casilla(s) correspondiente a continuación:

- Tratamiento de abuso de alcohol / drogas Tratamiento relacionado con el HIV/SIDA
- Enfermedades de transmisión sexual Salud mental (aparte de anotaciones de psicoterapia)
- Solamente anotaciones de psicoterapia (Al seleccionar esta casilla, yo renuncio al privilegio de paciente-psicoterapeuta)

SECCIÓN III: DESTINATARIO Y FINALIDAD

Autorizo al Hospital a compartir la información de mi expediente médico con:

Nombre: _____	Sociedad/Entidad: _____		
Dirección: _____			
Ciudad: _____	Estado/Provincia: _____	País: _____	Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____		Email: _____	

Por el presente libero al Hospital, a su personal, empleados, y representantes, de todos los reclamos, demandas, daños, responsabilidades, controversias, juicios, y demandas de todo tipo y naturaleza, conocidos y desconocidos, que puedan surgir por divulgar dicha información.

La información de salud confidencial se divulga para los siguientes fines:

- Transferencia para otro proveedor Transferencia de registros para completar los registros de salud en otra entidad
- Información por reclamo de seguros Uso personal
- Otro(s) (describir) _____

Yo entiendo que puedo recuperar esta autorización en cualquier momento, mediante notificación por escrito al Hospital ubicado en Autopista Próspero Fernández, 600 metros este del Centro Comercial Multiplaza, Escazú, San José, Costa Rica, fax +506-2208-1001, o por email a legal@hospitalcima.com, excepto en la medida en que se divulgó la información en virtud de esta autorización. Además, entiendo que el registro médico divulgado en virtud de esta autorización puede ser divulgado nuevamente por el destinatario y ya no estará protegido por las leyes de protección de datos. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización, y si me niego, mi capacidad para obtener tratamiento no será afectada. Esta autorización expirará noventa (90) días después de la fecha abajo indicada, a menos que indique una otra fecha de vencimiento aquí: _____.

Finalmente, entiendo que hay cargos por concepto de fotocopias de los registros médicos y por registros proporcionados en inglés.

Firma del paciente/Representante legal del paciente

Fecha

Nombre impreso del paciente o del representante legal

Relación con el paciente

Si esta Autorización ha sido firmada por un representante en nombre del paciente (por ejemplo, el padre o tutor de un menor, o un representante legal), se debe adjuntar la documentación de respaldo que otorga su autoridad legal para actuar en nombre del paciente.

Se debe proporcionar una copia firmada de esta autorización a la persona que completa este formulario.