

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA - PETICIÓN ESPECÍFICA**  
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION – SPECIFIC REQUEST)

Llene todas las secciones de esta autorización que correspondan a su solicitud  
Complete all sections of this Authorization as appropriate to your request.

**Nombre del miembro del plan** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(Plan Member Name) (Primer nombre) (Inicial de segundo nombre) (Apellido) (Birth Date)  
(first) (m. initial) (last)

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_  
(Calle/Avenida) (Phone #)  
(street address)

\_\_\_\_\_ **Número del:** \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código postal) **miembro del plan** (Si lo sabe)  
(city) (state) (zip) (Plan Member #) (if known)

**QUIÉN AUTORIZA ESTA SOLICITUD**  
(Who)

Yo, por este medio, autorizo a \_\_\_\_\_ para que tome la siguiente acción.  
(I hereby authorize) (Añada el nombre de su plan de seguro médico) (to take the following action.)  
(fill in above the name of the health plan)

**ACCIÓN QUE SOLICITA (Seleccione una opción)**  
(Action Requested) (select one)

- Solicito que se me proporcione una copia de **Mis Datos Médicos**  
(Provide a copy of **My Health Information** to me)
- Solicito que se me permita echarle un vistazo a **Mis Datos Médicos** (No estoy solicitando una copia)  
(Let me look at **My Health Information** (I am not requesting a copy))
- La divulgación de **Mis Datos Médicos** a:  La discusión de **Mis Datos Médicos** con:  Copias de **Mis Datos Médicos** de:  
(Release **My Health Information** to) (Discuss **My Health Information** with) (Obtain copies of **My Health Information** from)

\_\_\_\_\_ (Nombre de la persona o entidad)  
(name of other person or entity)

\_\_\_\_\_ (Calle/Avenida) (Ciudad)  
(street address) (city)

\_\_\_\_\_ (Estado) (Código postal) (Número de fax)  
(state) (zip code) (fax number)

(No podemos llamar antes de enviar un fax)  
(We cannot call before faxing)

**QUÉ SOLICITA**

*(What)*

En esta hoja de autorización, "Mis Datos Médicos" significan el (seleccione una o más opciones):  
*(For this Authorization, "My Health Information" means (check one or more))*

Caso o Registro de Gestión Médica  
*(Case or Medical Management Record)*

Registro de pagos  
*(Payment Record)*

Expediente completo  
*(Complete Record)*

(sin los datos sobre el abuso de drogas y salud menta a menos que mis iniciales a continuación indiquen lo contrario)  
*(other than substance abuse and mental health, unless initialed below)*

Otra opción \_\_\_\_\_  
*(Other)*

Para el servicio médico con fecha(s) \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (si no incluye las fechas que desea, los registros con todas las fechas de servicio médico serán proporcionados). (Atención: La información sobre sus visitas médicas más recientes quizá no aparezca en los registros).  
*(For the date(s) of service from) (inserte la(s) fecha(s) del servicio solicitado (insert date(s) of service requested) (records will be provided for all service dates if left blank) (Note: Information from recent visits may not yet appear in the record.)*

**A menos que añada sus iniciales en la declaración a continuación, esa información NO SERÁ incluida en su petición.**  
*(Unless you initial either statement below, that information will NOT be included in your request.)*

Si añado mis iniciales aquí (\_\_\_\_), "Mis Datos Médicos" incluirán los Registros/Información sobre Abuso de Drogas.  
*(If I have initialed here) ("My Health Information" includes Substance Abuse Records/Information.)*

Si añado mis iniciales aquí (\_\_\_\_), "Mis Datos Médicos" incluirán los Registros/Información sobre Salud Mental.  
*(If I have initialed here) ("My Health Information" includes Mental Health Records/Information.)*

**RAZÓN POR LA QUE HACE SU SOLICITUD**

*(Why)*

A petición mía  Para mi atención médica/tratamiento  Para fines legales  Para fines de pago y de seguros  
*(At my request) (For my healthcare / treatment) (For legal purposes) (For payment / insurance purposes)*

Otra razón: \_\_\_\_\_  
*(Other)*

**FORMATO:** Solicito la copia de mis datos en el siguiente formato (siempre y cuando sea posible y esté disponible)

*(Format) (I request that the copy be provided (where possible/available))*

- En papel  Electrónica en CD  Electrónica en unidad de memoria flash  
*(on paper) (electronically on CD) (electronically on flash drive)*
- Por medio de un portal de la red, con un aviso anticipado a mi cuenta de correo electrónico a: \_\_\_\_\_  
*(through a web portal, with notice provided to my email account at)*
- Por medio de un correo electrónico no cifrado a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_  
*(by unencrypted e-mail to this email address)*
- Por otro medio electrónico (si así lo acuerda el Departamento de Registros de JH): \_\_\_\_\_  
*(by other electronic means (if agreed upon by JH records department))*

**Importante:** Entiendo que el CD/disco compacto o la unidad de memoria flash no ha sido cifrado o protegido con una contraseña, y que es mi responsabilidad tomar las precauciones necesarias para proteger los datos contenidos en el dispositivo y no perder o extraviar dicho dispositivo. También entiendo que el correo electrónico no cifrado no es seguro, pues puede ser interceptado y visto por terceros; además, entiendo que existen otros riesgos con correo electrónico no cifrado, incluyendo la posibilidad de que los mensajes sean enviados a la dirección equivocada o que se cometa un error al escribir la dirección para enviar el correo, que el correo sea enviado a una cuenta mancomunada de correo electrónico, que los mensajes sean reenviados a otras personas, y que los mensajes almacenados en los dispositivos portátiles, carezcan de protección. Si opto por recibir la información de **Mis Datos Médicos** en un disco compacto (CD), en una unidad de memoria flash, o por medio de un correo electrónico no cifrado, reconozco y acepto la posibilidad de que puedan existir los riesgos mencionados anteriormente.

Entiendo que es posible que tenga que pagar una cuota al solicitar una copia de Mis Datos Médicos. También entiendo que cualquier tarifa estará en conformidad con la legislación vigente. Yo me comprometo a pagar dicha cuota.

Yo entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Ni la inscripción o elegibilidad de beneficios o el pago por tratamiento, se verá afectado si firmo o no esta autorización.
- Esta autorización es válida por \_\_\_\_\_ o hasta \_\_\_\_\_. **En la ausencia de una fecha o un tiempo específico, esta autorización es válida por seis meses.**
- Yo puedo revocar o retirar esta autorización enviando una petición escrita y una copia del documento original, por correo o fax, excepto cuando alguna acción haya sido tomada antes de recibida dicha petición de revocar o retirar la autorización. Puede enviar su petición escrita a la siguiente dirección o fax:

Johns Hopkins HealthCare LLC  
6704 Curtis Court  
Glen Burnie, MD 21060  
Attn: Corporate Compliance Department  
Fax: 410-762-1527  
Teléfono: 410-424-4996

- Una vez Mis Datos Médicos hayan sido divulgados de acuerdo a su voluntad, dicha información ya no se verá protegida por las leyes estatales y federales de privacidad, y podrá ser revelada nuevamente por la persona o personas que la reciba(n).
- Los datos médicos revelados, pueden incluir información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcoholismo, etc.

**Firma de miembro del plan de seguro médico:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Signature of Plan Member Only) (Date) (Requerida)

**Si usted NO es el miembro del plan de seguro médico, pero está firmando en nombre del miembro, por favor llene la información a continuación**

(If you are NOT the Plan Member but are signing on behalf of the Plan Member, please complete below)

Yo, \_\_\_\_\_, soy (ponga un cheque en todas las respuestas que se aplican a usted)  
(I) (Su nombre en letra de molde) (am) (check which applies)

- Progenitor con derechos parentales** (Parent with Parental Rights)
- Pariente legalizado en la crianza de familiares** (Registered Kinship Care Relative)
- Guardián designado por la corte** (Court Appointed Guardian)
- Agente de asistencia sanitaria legalmente designado** (Legally Appointed Healthcare Agent)
- Representante médico con poder notarial** (Medical Power of Attorney)
- Representante con carta poder con derecho a ver registros médicos**  
(Power of Attorney with Right to See Medical Records)
- Sustituto para tomar decisiones** (Surrogate Decision Maker)
- Representante personal designado por la corte para un difunto**  
(Court Appointed Personal Relative of the Deceased)

**Firma del representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Representative's Signature) (Date) (Requerida)

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
(Address) (Phone)

**A menos que usted sea uno de los padres de un paciente, usted DEBE adjuntar un comprobante de su autoridad confirmando su(s) selección(es) para actuar como representante del miembro del plan de seguro médico.**

(You MUST attach proof of your authority to act on the behalf of the Plan Member as checked above (other than parent).)