Mercy Health

Autorización para el uso y divulgación de Información de salud protegida

Identificación del paciente:

(Nombre del (la) paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otros nombres que haya usado: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Últimos 4 dígitos del # del seguro social: _____ Número de teléfono:_____

Quién tiene autorización para divulgar la ISP ("Proveedor"):

Nombre:_____

Domicilio:_____

Ciudad:_____ Estado: _____ Código postal: _____

Quién tiene autorización para recibir la ISP:

Nombre:_____

Domicilio:_____

Ciudad:_____ Estado: _____ Código postal: _____

Solicito que la ISP se suministre en el siguiente formato *(si ya se puede reproducir en dicho formato):*

☐ Impreso en papel ☐ Correo electrónico seguro ☐ DC

Propósito de la petición *(Debe marcar uno):*

☐ Ante la petición del paciente ☐ Abogado/Legal ☐ Facturación/Pago ☐ Tratamiento o consulta
☐ Otro, (especifique):_____

Descripción de la ISP a ser divulgada *(Marque todo lo correspondiente):*

☐ Historial médico completo
☐ Historial/Exámenes físicos
☐ Resultados de laboratorio
☐ Historial de urgencias
☐ Resumen de alta
☐ Abstracto
☐ Consulta(s)
☐ Informes de pruebas de diagnostico
☐ Informes de ECG/Cardiología
☐ Extractos de facturación pormenorizados
☐ Notas de enfermería
☐ Psicoterapia/Notas de Consulta de SUD
☐ Informes operativos
☐ Alergias del (la) paciente
☐ Informes de patología
☐ Medicinas del (la) paciente
☐ Registros clínicos
☐ Prescripciones médicas
☐ Notas de progreso
☐ Informes/imágenes de radiología
☐ Planes de tratamiento
☐ Registros de terapia
☐ Otro (especifique): _____

NOTA: *Si se selecciona la Psicoterapia/Notas de Consulta de Trastorno de Uso de Sustancias,* ***NO SE PODRÁ SELECCIONAR NINGUNA OTRA CASILLA****. La ley federal requiere una autorización independiente para dichas notas.*

Si la PHI identificada anteriormente incluye cualquier información sobre el trastorno por uso de sustancias, salud mental, información genética, enfermedades de transmisión sexual, pruebas o tratamiento del VIH/SIDA o cualquier otra información delicada, al firmar esta autorización, confirmo que autorizo a que sea divulgada, a menos que por el contrario especifique en detalle lo que se excluirá a continuación. Entiendo que tengo el derecho de solicitar acceso o una copia de mi PHI para poder revisar e identificar específicamente cualquier información que no quisiera divulgar:

_____

Fechas de servicio de la ISP hacer divulgada *(debe marcar una):*

☐ Cualquier y todo* ☐ Desde *(fecha)*: _____ Hasta *(fecha)*: _____

**** Indicar "cualquier y todo" registro a ser divulgado incluirá todos los registros hasta la fecha en la que el paciente o su representante firmen esta Autorización, siempre y cuando la autorización no venza o sea revocada.***

El formulario continúa en al dorso.

Derecho a revocar: Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento al enviarle un aviso escrito a la dirección del Proveedor que se indica arriba, Atención - Health Information Management Department y que la revocación entre en efecto cuando el Proveedor la reciba, excepto hasta el punto en que dicha medida se haya tomado basándose en esta Autorización.

Fecha de vencimiento o evento: Esta Autorización vencerá 12 meses a partir de la fecha de mi firma debajo, a menos que yo la revoque o se especifique otra cosa aquí: _____

Divulgación repetida: Entiendo que la la información divulgada conforme a esta Autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior por parte del destinatario y deja de estar amparada por norma de privacidad contemplada en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Cargos por divulgación: Mercy puede cobrar cualquier tarifa designada al destinatario según lo permita la ley aplicable por la divulgación de expedientes bajo esta autorización. Dependiendo de su relación con el solicitante, dichos cargos pueden ser pagaderos por usted. No estamos obligados a proveer expedientes a un destinatario bajo esta autorización hasta que se hayan pagado dichas tarifas. Todas las solicitudes de información médica se procesan en el orden recibido y dentro de los plazos requeridos por ley. Una vez que Mercy reciba y revise una solicitud, podemos comunicarnos con usted para aclarar el alcance de su autorización o para discutir la divulgación solicitada de dichos expedientes y cualquier tarifa relacionada. Comuníquese con nosotros si desea un estimado de las tarifas relacionadas para procesar una solicitud.

Firma del (la) paciente o representante personal: Al firmar esta Autorización, autorizo la divulgación de la información sanitaria protegida del paciente anteriormente mencionado por parte del Proveedor, tal como se describe arriba en esta Autorización.

_____ _____ _____

Firma del paciente o representante autorizado *Fecha* *Hora*

Si esta Autorización la firma el representante personal del paciente: Especifique debajo el nombre impreso del representante personal, indique la autoridad del representante personal para actuar en nombre del paciente e incluya la documentación de respaldo:

_____

Nombre impreso del representante personal/autoridad para actuar en nombre del paciente anteriormente mencionado

---

SÓLO PARA USO INTERNO

Comprobado por: _____

Identidad comprobada del solicitante mediante:

☐ Identificación con fotografía ☐ Firma compulsada ☐ Otro, especifique: _____

Se adjunta la documentación que respalda la autoridad del representante personal para actuar en nombre del paciente:

☐ Sí ☐ No ☐ No es aplicable

Tipo de documento homologado: _____