



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):

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

NOTA: Este formulario NO SE PUEDE USAR para divulgar notas de psicoterapia

Si la divulgación de ISP autorizada contiene información sobre drogadicción/consumo abusivo de alcohol, tratamiento de salud mental, información genética, enfermedades de transmisión sexual, pruebas o tratamiento contra el VIH/SIDA o cualquier otra información delicada, al firmar esta Autorización, confirmo que autorizo su divulgación, a menos que yo indique otra cosa aquí:

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 el 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).

Firmar esta autorización es voluntario: Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para prestaciones no está condicionada a la firma de la Autorización.

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: _____