

Autorización para la Divulgación/Solicitud de Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

Imprima toda la información solicitada para evitar demoras en nuestras respuestas y entregue el formulario lleno a su centro.

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Inicial segundo nombre Apellido de soltera u Otro

Dirección: _____

Ciudad: _____ Calle: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ - _____ - _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Entiendo que esta autorización permitirá a esta organización de proveedores y a sus compañías afiliadas a usar o divulgar mi información de salud protegida. **Entiendo que mis registros médicos pueden tener información delicada tal como de salud mental, VIH, SIDA, abuso de sustancias, abuso sexual y/o otras afecciones relacionadas.** Entiendo que estos registros son clasificados como privilegiados y confidenciales y no pueden ser divulgados a mí persona o a aquellos designados por mí o a mi tutor legal sin un consentimiento por escrito, expreso e informado. Además, entiendo que estos registros no serán divulgados a entidades diferentes a aquellas designadas por mí o mi representante personal de conformidad con la ley estatal o federal.

Por la presente doy mi permiso a esta organización de proveedores o entidades enumeradas a continuación a divulgar información incluida en mis registros médicos a:

Nombre y dirección de la(s) persona(s), organización, o agencias a las cuales la información será divulgada.

Nombre y dirección de la(s) persona(s), organización, o agencias a las cuales la información será divulgada.

Propósito de esta solicitud de divulgación: _____

Autorizo la divulgación/solicitud de la información que cubre las fechas de tratamiento de:

La información para ser divulgada incluye la siguiente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta médica | <input type="checkbox"/> Informes/notas del progreso |
| <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento | <input type="checkbox"/> Historia del desarrollo social |
| <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Rayos X |
| <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Estudios especiales (Electrocardiograma, Mamografía, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas / psiquiátricas | |
| <input type="checkbox"/> Todos mis registros médicos incluyendo los que tienen información delicada (tales como registros de salud mental, VIH, estado de salud, abuso sexual o abuso de sustancias) | |
| <input type="checkbox"/> Otros (describa) _____ | |

Autorización para la Divulgación/Solicitud de Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

Imprima toda la información solicitada para evitar demoras en nuestras respuestas y entregue el formulario lleno a su centro.

Método solicitado para responder a esta solicitud:

- Copia en papel para ser enviada por correo postal a través de USPS a la dirección indicada anteriormente.
- Llamar al número de teléfono _____ para ser recogido
- *Enviar correo electrónico encriptado a: _____

*Para la seguridad de su información, todos los correos electrónicos son enviados encriptados a menos que se soliciten no encriptados reconociendo el riesgo.

- **Enviar correo electrónico no encriptado a: _____

** Entiendo que los registros que se me envíen por correo electrónico no encriptado conllevan un riesgo de seguridad, pero es el método que solicito.

Entiendo lo siguiente:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al proveer una revocación por escrito a este centro.
- Entiendo que una revocación de esta autorización no se aplicará a ninguna acción tomada o información divulgada antes de mi revocación por escrito.
- Entiendo que la autorización de la divulgación de esta información es voluntaria. También entiendo que el tratamiento, el pago o la elegibilidad de servicios no se basan en la firma de esta autorización.
- Entiendo que la información utilizada o divulgada antes de esta autorización puede estar sujeta a ser nuevamente divulgada por el destinatario de la información y ya no está más protegida por las leyes federales respecto a la privacidad.
- Entiendo que esta organización de proveedores divulgará solo la menor cantidad de información necesaria para cumplir con la solicitud.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

O

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA AUTORIZADA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

SOLAMENTE PARA USO INTERNO

Complete las secciones a continuación y conserve esta solicitud con los registros del paciente.

El aviso de la decisión es: Aprobado y suministrado por la solicitud Denegado por el motivo que se indica a continuación.

- La información solicitada no es parte del conjunto de registros designado del paciente.
- La información solicitada no está disponible para que el paciente acceda a ella según lo requerido por las leyes estatales y federales.
- Un médico ha determinado que el acceso a la información solicitada puede poner en peligro la vida o la seguridad física del individuo o de otra persona.
- Otro: _____

Miembro del personal que procesó la solicitud

Cargo

Fecha

