

---

Nombre completo del paciente

---

Fecha de nacimiento

---

# de identificación del paciente o afiliado

---

Dirección del paciente

---

Ciudad

---

Estado

---

Código postal

**Entiendo y acepto que:**

- esta Autorización es voluntaria;
- Mi información médica puede incluir información generada por otras personas, incluyendo proveedores de atención médica. Puede contener información médica, farmacéutica, dental, de la vista en salud del comportamiento, salud mental, sobre el consumo de drogas y alcohol, VIH/SIDA, psicoterapia, reproducción, genética, enfermedades transmisibles y de programas de atención médica;
- No se me puede negar tratamiento, el pago de los servicios médicos ni la inscripción o elegibilidad para recibir beneficios médicos si no firmo este formulario;
- Es posible que la información para la cual doy mi Autorización de divulgación ya no esté protegida y vuelva a ser divulgada por el destinatario en caso de que el destinatario no esté sujeto a los reglamentos de privacidad federales o estatales;
- Esta Autorización vencerá al cabo de un año a partir de la fecha en que yo firme esta Autorización. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento al notificar a WellMed por escrito. Sin embargo, la revocación no tendrá efecto alguno en las medidas que se tomen antes de la fecha en que se reciba y tramite mi revocación;

Yo autorizo que **WellMed y sus afiliados** accedan, usen y divulguen mi información médica individualmente identificable entre ellos mismos. **También autorizo a mis proveedores médicos tratantes (pasados, presentes y futuros) a acceder, usar y divulgar mi información médica individualmente identificable a WellMed y sus afiliados.**

**Proveedor(es) médico(s) tratante(s)** - marque todo lo que corresponda:\*

- Todos los proveedores médicos con participación confirmada en el tratamiento, incluso aquellos proveedores médicos contratados por WellMed o sus afiliados
- Estos proveedores médicos específicos

---

---

\* Entiendo que de acuerdo con la norma 42 CFR Part 2 (Código de reglamentos federales Título 42, Parte 2), tengo derecho a obtener una lista de las entidades que han recibido mi información conforme a esta designación general.

**Información médica a ser usada, divulgada y compartida:**

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- Autorizo que estas entidades usen y divulguen toda información sobre mi salud, incluyendo información médica, farmacéutica, dental, de la vista, salud mental, uso de drogas, VIH/SIDA, psicoterapia, reproducción, genética, enfermedades transmisibles y de programas de atención médica. Esta información puede incluir, por ejemplo, información sobre consultas, hospitalizaciones, tratamientos, reclamos, gestión de casos o coordinación de cuidados médicos; o
- Autorizo únicamente la divulgación de los datos siguientes:

---

(TIPO DE INFORMACIÓN)

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**



**Motivo de la divulgación:**

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- Mi información médica se divulga para brindarme mejor tratamiento, facilitar el pago, coordinar la atención y/o la gestión de casos; o
- Mi información médica se divulga solamente para los siguientes fines (algunos ejemplos incluyen la gestión de reclamos o pagos, elegibilidad y beneficios, gestión de discapacidad, etc.):

\_\_\_\_\_  
(EXPLIQUE EL MOTIVO)

**Modo de Divulgación** (a menos que se estipule el uso de otro formato de común acuerdo por parte del proveedor y de la persona designada):

- Un expediente electrónico
- Una versión impresa

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si la persona que firma el formulario no es el paciente, proporcione el nombre completo, la relación con el paciente, el número de teléfono y la dirección:

_____ Nombre	_____ Relación	_____ Teléfono	
_____ Dirección	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código postal

**Por favor, tenga en cuenta:** Si usted es un tutor legal o representante autorizado por la corte debe adjuntar una copia del comprobante de su autorización legal para representar al paciente.

(Solo para designaciones generales relacionadas con la divulgación de información sobre el trastorno por consumo de drogas, por ejemplo, todo proveedor médico tratante pasado, presente y futuro) Entiendo que puedo solicitar una lista de las entidades a las que se ha divulgado mi información.

**FAVOR DE CONSERVAR ESTE DOCUMENTO EN EL EXPEDIENTE MÉDICO DEL PACIENTE.**



**AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA A LOS INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE, por sus siglas en inglés) Y A LOS INTERCAMBIOS DE INTEROPERABILIDAD**

Nombre completo del paciente

Fecha de nacimiento

# de identificación del paciente o afiliado

Dirección del paciente

Ciudad

Estado

Código postal

**Entiendo y acepto que:**

- esta Autorización es voluntaria y no se me puede negar tratamiento, el pago de los servicios médicos ni la inscripción o elegibilidad para recibir beneficios médicos si no firmo este formulario;
- Greater Houston Healthconnect, Carequality, Commonwell\* y todo HIE futuro al que WellMed se conecte y sus participantes actuales y futuros pueden acceder, usar y divulgar mi Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) electrónicamente a través de los intercambios con fines de tratamiento, pago y actividades de atención médica;
- Estas entidades pueden conectarse a otros HIE en Texas y en todo el país, y autorizo a estas entidades a acceder, usar y divulgar mi información con estos intercambios para los mismos fines de tratamiento, pago y actividades de atención médica;
- Mi información médica protegida (PHI), incluyendo notas, resultados de pruebas, informes de laboratorio, radiografías, listas de medicamentos o cualquier otra información médica protegida (PHI) electrónica relevante puede ser compartida a través de estos intercambios;
- Mi información médica protegida (PHI) puede estar sujeta a que la vuelva a divulgar el destinatario y que si este destinatario no es un proveedor de atención médica o proveedor de servicios médicos quizá la información ya no esté protegida por los reglamentos federales de privacidad; y
- Esta Autorización sigue en vigor a menos que la revoque o hasta que la revoque. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificar a WellMed por escrito. Entiendo que la revocación de esta Autorización no tendrá efecto alguno en las medidas que se tomen antes de la fecha en que se reciba y tramite mi revocación.

Firma del individuo

Fecha

Si la persona que firma el formulario no es el paciente, proporcione el nombre completo, la relación con el paciente, el número de teléfono y la dirección:

Nombre completo del paciente

Fecha de nacimiento

# de identificación del paciente o afiliado

Dirección del paciente

Ciudad

Estado

Código postal

**Por favor, tenga en cuenta:** Si usted es un tutor legal o representante autorizado por la corte deberá adjuntar una copia del comprobante de su autorización legal para representar al paciente.

**FAVOR DE CONSERVAR ESTE DOCUMENTO EN EL EXPEDIENTE MÉDICO DEL PACIENTE.**

**CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

\*En la página 4 de este formulario se incluye una descripción detallada de estas entidades de intercambio.

Los programas y actividades médicos de la compañía no discriminan a nadie por motivo de su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidades. Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarlo a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o impresas en letra grande, o usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame al 888-781-WELL (9355). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 888-781-9355. 請注意: 如果您說中文 (Chinese), 我們免費為您提供語言協助服務。請致電: 888-781-9355。



Los programas y actividades médicos de la compañía no discriminan a nadie por motivo de su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidades. Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o impresas en letra grande, o usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame al 888-781-WELL (9355). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 888-781-9355. 請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請致電：888-781-9355。

\*Greater Houston Healthconnect es una organización sin fines de lucro que proporciona una red electrónica segura para que los participantes de Healthconnect, incluidos los consultorios médicos, los hospitales, los laboratorios, las farmacias, los centros de radiología y los pagadores de reclamos de salud, como las aseguradoras de salud, compartan su información médica protegida (PHI). La lista de participantes actuales de Healthconnect está disponible en [www.ghhconnect.org](http://www.ghhconnect.org). Cuando se inscribe en Healthconnect, sus médicos pueden buscar electrónicamente su información médica protegida (PHI) y usarla mientras le proporcionan tratamiento. <http://www.ghhconnect.org/> Healthconnect no cambia quién puede ver su información, sino que permite que su información se comparta de una nueva manera. Todos los participantes de Healthconnect deben proteger su privacidad de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Carequality, Inc. es una organización sin fines de lucro 501(c)(3) y un marco de interoperabilidad a nivel nacional, construido por consenso para permitir el intercambio entre redes de información médica y plataformas de servicio. Carequality apoya el acceso seguro a la información médica a través de diversas redes, incluidas aquellas operadas por proveedores de historias clínicas, proveedores de servicios de localización de historias clínicas, intercambios de información médica y otros. La conectividad se rige por acuerdos técnicos y políticos desarrollados y mantenidos por un amplio grupo de partes interesadas de la industria y el gobierno.

Commonwell proporciona a los profesionales de la salud participantes acceso a la información médica pasada y presente para tomar mejores decisiones y coordinar mejor la atención en todos los equipos de atención médica. Para consultar los sitios de los proveedores participantes, visite el sitio web de Commonwell en [www.commonwellalliance.org/providers](http://www.commonwellalliance.org/providers).