

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI, por sus siglas en inglés)

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; y
- 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** divulguen mi información médica individualmente identificable:

Nombre

Relación

Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código
postal

Nombre

Relación

Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código
postal

Nombre

Relación

Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código
postal

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE



Información médica a ser divulgada a solicitud de la persona nombrada anteriormente:

(MARQUE LA OPCIÓN A O B

- A. DIVULGAR** mi expediente médico completo (que incluye, pero no se limita a diagnósticos, pruebas de laboratorio, pronósticos, tratamientos o facturas, para todo tipo de condiciones médicas)
- B. DIVULGAR** mi expediente médico, como se indica anteriormente, **PERO** no divulgar lo siguiente (marque lo que corresponda):
 - Expedientes de salud mental
 - Enfermedades transmisibles (incluso VIH y SIDA)
 - Tratamientos para alcoholismo o drogadicción
 - Otro (favor de especificar): _____

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 paciente

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 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.

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-WELL (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-WELL (9355)。