

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) EN EXPEDIENTES MÉDICOS

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre completo del paciente: _____ Teléfono: _____

Dirección completa: _____

Otro(s) nombre(s) usado(s): _____ Fecha de nac.: _____

Se deben completar las dos secciones.

DIVULGAR/COPIAR MI EXPEDIENTE MÉDICO DE:

Nombre de la persona/organización: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

ENVIAR MI EXPEDIENTE MÉDICO A:

Nombre de la persona/organización: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico (para envío por correo electrónico seguro): _____

MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN:

- ☐ Tratamiento/continuación de la atención médica
- ☐ Uso personal
- ☐ Facturación o reclamaciones
- ☐ Fines legales
- ☐ Seguro / discapacidad
- ☐ Fines legales
- ☐ Otro: _____

FORMATO DE ENVÍO:

(Siempre que sea posible)

- ☐ Correo postal – Papel
- ☐ Correo postal – CD / DVD
- ☐ Fax
- ☐ Correo electrónico
- ☐ Otro: _____

DIVULGAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) DE MIS EXPEDIENTES MÉDICOS:

Marque todo lo que corresponda. Período de fechas, si procede: _____

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Toda la información de salud | ☐ Información de facturación | ☐ Radiología __ Informes __ Imágenes |
| ☐ Órdenes del profesional clínico | ☐ Informes de procedimientos | ☐ Informes de consulta |
| ☐ Notas del profesional clínico | ☐ Informes de laboratorio | ☐ Otro: _____ |

Indique con sus iniciales cada categoría de información confidencial que usted autoriza para la divulgación; las categorías sin sus iniciales no serán divulgadas.

- | | |
|---|--|
| ____ Expedientes de salud mental (excluidas las notas de psicoterapia) | ____ Resultados de pruebas / tratamiento de VIH/SIDA |
| ____ Historial de abuso de drogas, alcohol o sustancias | ____ Salud reproductiva |
| ____ Información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas) | |

Yo autorizo voluntariamente a la persona/organización nombrada a divulgar mi expediente médico a la persona/organización nombrada quedando entendido que:

- Una fotocopia o fax de esta Autorización es tan válida como el original.
- Yo puedo revocar esta Autorización en cualquier momento por escrito, excepto cuando dicha información ya se haya divulgado.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y podría dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales y estatales.
- No es necesario que firme este formulario para garantizar el tratamiento médico, el pago, la inscripción o la elegibilidad.

Firma del paciente o padre/tutor legal

Fecha

Relación con el paciente¹

Fecha de vencimiento de la Autorización²

1. Favor de prestar atención: Si usted es un tutor legal o representante designado por la corte, usted debe anexar una copia del comprobante de su autorización legal para representar al paciente, excepto en el caso de los padres de un paciente menor de edad. 2. A menos que se estipule lo contrario, la Autorización vencerá al cabo de un año a partir de la fecha de la firma indicada arriba.