

Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida

Identificación del paciente

Nombre impreso: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____ Número de historia clínica: _____

Información que debe divulgarse - Cubre los periodos de asistencia de salud

Nombre del centro médico: _____

Desde (fecha) _____ Hasta (fecha) _____

Marque el tipo de información que desea divulgar:

<input type="checkbox"/> Historia clínica completa (DRS)	<input type="checkbox"/> Códigos de diagnóstico y tratamiento	<input type="checkbox"/> Resumen del alta
<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	<input type="checkbox"/> Informes de consulta	<input type="checkbox"/> Notas de avance
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes/imágenes radiológicas	<input type="checkbox"/> Imágenes cardíacas
<input type="checkbox"/> Fotografías, cintas de video	<input type="checkbox"/> Registro de facturación completo	<input type="checkbox"/> Factura desglosada
<input type="checkbox"/> Instrucciones para el alta	<input type="checkbox"/> Resultados de la función pulmonar	<input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación
<input type="checkbox"/> Resumen de divulgación de información (ROI) - Historia clínica y exploración física (H&P), Resumen de alta, Nota de trabajo de parto y parto, Reporte operativo, Nota de procedimiento, Consulta, Laboratorio, Patología, Informes de rayos X.		

Otros (especifique) _____

Objeto de la solicitud

<input type="checkbox"/> Tratamiento/atención médica en progreso	<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Facturación o pago de siniestros
<input type="checkbox"/> Fines jurídicos	<input type="checkbox"/> Determinación de la discapacidad	<input type="checkbox"/> Escuela/Empleo

Otros (especifique) _____

Enviar / Liberar información

Papel CD (si está disponible) Portal electrónico (notificación por correo electrónico cuando el acceso esté disponible) Correo electrónico

Otras solicitudes permitidas: _____

Las transmisiones electrónicas no codificadas no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información contenida en una transmisión electrónica no codificada pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigida. ***Ponga sus iniciales si ha solicitado que se le envíe la información en formato electrónico no cifrado. Iniciales:** _____

Divulgar a nombre de: _____

Enviar por correo a nombre de: _____

Enviar a la siguiente dirección: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Notificación de divulgación de registros sobre trastornos por consumo de sustancias, salud mental, VIH/SIDA v/o información genética

Sus iniciales son necesarias para divulgar la siguiente información:

_____ Información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas)	_____ Salud mental (excluidas las notas de psicoterapia)	_____ VIH/SIDA	_____ Consumo de drogas, alcohol o sustancias
---	---	----------------	---

Para los registros de Trastornos por Drogas, Alcohol o Uso de Sustancias, 42 CFR Parte 2, se requiere un consentimiento por separado antes de su divulgación.

Plazo y derecho a revocar la autorización

Excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización, en cualquier momento puedo revocarla presentando una notificación por escrito a la Oficina de Privacidad en privacy@christushealth.org. A menos que sea revocada, esta autorización caducará en la siguiente fecha o circunstancia _____ o 180 días a partir de la fecha de la firma. Entiendo que la negativa a firmar este formulario no afecta a las divulgaciones de información de salud que se hayan producido antes de la revocación ni a otras divulgaciones permitidas por la ley.

Nueva divulgación

Entiendo que la información divulgada por esta autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, y otras regulaciones estatales en materia de privacidad. El centro médico, sus empleados, funcionarios y doctores quedan eximidos de toda responsabilidad legal por la divulgación de la información antedicha en la medida que se indica y autoriza en el presente.

Firma del paciente o representante personal o apoderado legalmente autorizado que puede solicitar la divulgación

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que no se me denegará el tratamiento ni el pago de los servicios si no firmo este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

Facultad para firmar si no es el paciente: _____

Identidad del solicitante verificada mediante: Documento de identidad con fotografía Firma coincidente Otro, especifique _____

Verificado por: _____