

Autorización de Steward Medical Group para usar y divulgar información de salud protegida

Nombre del centro médico: _____ Núm. de ID del consultorio _____

Información del paciente

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombres que haya usado anteriormente: _____
 Dirección del paciente: _____ Núm. de teléfono _____
 Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____ Correo electrónico _____

Por medio de este documento, autorizo a Steward

Seleccione una opción: Divulgar la información de mi expediente clínico a Obtener información médica de

Nombre/Centro médico: _____ Con atención a: _____
 Dirección: _____ Núm. de teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____ Núm. de fax: _____
 Propósito de la solicitud: Personal Remisión o segunda opinión Legal Seguro Otro _____
 Transferencia del consultorio/¿Motivo? _____

Expediente/Informe(s) específico(s) a divulgar:

*** No pague por adelantado. Nuestro proveedor de servicios le facturará a usted la opción que eligió ***

- Proporcionar un resumen de 2 años de mis expedientes.
- Otro - Sea específico, incluya las fechas y los médicos en la sección de comentarios.

Comentarios

CUOTA POR COPIAS: Para las solicitudes de expedientes de pacientes - Conforme a lo dispuesto en la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), Título 45 del Código de Regulaciones Federales [CFR, por sus siglas en inglés], Sección 164.524, nos reservamos el derecho de cobrar una cuota razonable con base en el costo por generar las copias y enviarlas por correo postal. Si usted desea el expediente clínico completo o un resumen que incluya datos de más de dos años, la cuota aumentará proporcionalmente al costo. Para todas las demás solicitudes de divulgación de información, se aplicarán las cuotas vigentes para expedientes clínicos conforme a los estatutos del Estado de EE. UU. correspondiente.

Restricciones a la autorización para la divulgación de



IMPORTANTE - Es de suma importancia que usted seleccione ya sea "SÍ" o "NO" para cada uno de los enunciados de esta sección. No omita ninguno de los enunciados, ya que esto podría afectar nuestra capacidad de tramitar su solicitud y causaría retrasos.

¿Divulgar expedientes? Marque sí o no

- SÍ NO deseo que la **documentación del profesional de servicios de salud mental/conductual o discapacidad *** se divulgue.
- SÍ NO deseo que **los resultados de las pruebas de detección del VIH/SIDA** se divulguen
- SÍ NO deseo que la información sobre **tratamiento por abuso de alcohol y/o sustancias ***** se divulgue
- SÍ NO deseo que **los resultados de pruebas genéticas/una prueba genética **** se divulguen
- SÍ NO deseo que **las comunicaciones confidenciales con algún trabajador social** se divulguen
- SÍ NO deseo que la información sobre **la consejería para víctimas de violación/agresión sexual** se divulgue
- SÍ NO deseo que **maltrato o negligencia infantil/de adultos mayores & maltrato de un adulto con una discapacidad** se divulgue
- SÍ NO deseo que la información sobre **enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés)** se divulgue
- SÍ NO deseo que la información sobre **consejería para víctimas de violencia intrafamiliar** se divulgue

* Esta autorización no es válida para el uso o la divulgación de notas de psicoterapia.
 ** El término "pruebas genéticas" se refiere solo a aquellas pruebas que calculan sus probabilidades de desarrollar una enfermedad en el futuro y no a una prueba realizada para diagnosticar una enfermedad o un problema actuales. Esto incluye aquella información relacionada con las pruebas realizadas a embriones generados mediante fertilización *in vitro* (IVF, por sus siglas en inglés).
 *** Solo se aplica a expedientes creados por "una persona o entidad que pretende dedicarse a realizar diagnósticos, tratamientos o remisiones para tratamiento de abuso de alcohol o drogas" (42 del CFR, Parte 2). No incluye expedientes generados ni administrados por un centro médico general.

Firme aquí

Feché aquí

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre/madre/representante con reconocimiento legal **

Relación/Autoridad para actuar por el paciente Fecha

Plazo: Esta autorización seguirá vigente hasta que el Steward Medical Group (SMG, por sus siglas en inglés) finalice el trámite de esta solicitud.
Revocación: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento solicitándola por escrito al Steward Medical Group a la dirección que figura a continuación. La revocación entrará en vigor inmediatamente después de que el Steward Medical Group reciba mi notificación por escrito. Entiendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna acción que el Steward Medical Group haya llevado a cabo en virtud de esta autorización antes de haber recibido mi notificación de revocación por escrito.
Repercusión en el tratamiento: Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización por cualquier motivo; y que, al hacerlo, no se verán afectados el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento.
Posibilidad de redivulgación: Entiendo que la persona que reciba mi información de salud protegida podría no estar obligada a cumplir con las leyes de privacidad federales y estatales y una vez divulgada la información de salud protegida podría dejar de estar protegida por las leyes estatales y federales correspondientes.
Acceso: Entiendo que bajo ciertas circunstancias el Steward Medical Group tiene el derecho de denegarme el acceso a toda o a parte de mi información de salud protegida y debe notificarme por escrito sobre dicha denegación.