

Autorización de uso y divulgación de información de salud protegida

Se **deben** completar todas las partes de este formulario para que constituya una autorización válida para divulgar información de salud en virtud de las regulaciones de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Si algún campo queda en blanco, la autorización se considerará incompleta.



SCA.ROI

Nombre del paciente			Fecha de nacimiento		Número de expediente clínico	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	
Correo electrónico						
Autorizo el uso y la divulgación de información de salud acerca de mí como se describe a continuación:						
Centro autorizado para divulgar mi información de salud						
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	
Médico, agencia o persona(s) autorizada(s) para recibir mi información de salud						
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	
La información médica que se puede utilizar o divulgar se limita a lo siguiente: <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Expediente de la sala de emergencias <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Historial y Ex. físico <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Informe de patología <input type="checkbox"/> Notas operatorias <input type="checkbox"/> Imágenes/radiografías <input type="checkbox"/> Informes de radiografías <input type="checkbox"/> Expediente completo <input type="checkbox"/> Tiras de monitor cardíaco fetal <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____						
Información sensible: <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas, incluyendo el estado del VIH <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Diagnósticos psiquiátricos/conductuales						
La información de salud que se puede usar o divulgar se limita a los siguientes periodos de atención médica: Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____ Número de cuenta: _____ Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____ Número de cuenta: _____						
La información de salud que se divulgue a la agencia/persona mencionada anteriormente se utilizará/divulgará con los siguientes propósitos: <input type="checkbox"/> Tratamiento o consulta <input type="checkbox"/> A solicitud del paciente <input type="checkbox"/> Investigación <input type="checkbox"/> Comercialización <input type="checkbox"/> Pago de facturas o reclamaciones <input type="checkbox"/> A pedido del empleador <input type="checkbox"/> Otro _____						
La "información de salud" lo identifica a usted (el paciente) por nombre e incluye otra información demográfica acerca de usted. La "información de salud" puede incluir, entre otros: expedientes clínicos, placas de radiografía, diapositivas, registros gráficos, tiras reactivas, etc. Por la presente, libero al centro que divulga la información, a sus agentes y empleados de toda responsabilidad, obligación, perjuicios y reclamos que pudieran surgir como resultado de la divulgación de la información autorizada en el presente documento, incluyendo la Información Sensible como se mencionó anteriormente, que se compiló durante mi visita, encuentro u hospitalización, o de las copias que se hagan de estos registros, de acuerdo con las políticas de este centro. La información protegida de salud usada o divulgada conforme a esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por esta norma de privacidad. Si la información de salud relacionada con la investigación se usa o divulga con fines de investigación continua, no se aplica una fecha ni un evento de caducidad. Esta autorización <u>caducará</u> automáticamente <u>60 días</u> después de la fecha de firma a continuación (salvo lo indicado a continuación), a menos que se especifique una fecha anterior, o al concluir un evento especificado. Entiendo que tengo el derecho de revocar por escrito esta autorización en cualquier momento, según lo estipulado en el Aviso de Prácticas de Privacidad, excepto cuando el establecimiento ya haya realizado divulgaciones tomando como base mi autorización anterior. Puede que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de beneficios no estén condicionados a la obtención de una autorización si la HIPAA prohíbe dicho condicionamiento. Si se permite el condicionamiento, negarse a firmar la autorización puede dar lugar al rechazo de la atención o de la cobertura. AVISO PARA LA AGENCIA O PERSONA RECEPTORA: esta información se utilizará según las regulaciones de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA).						
Firma del Paciente o del Representante legal					Fecha/Hora	
Relación con el paciente/autoridad para actuar en nombre del paciente				Intérprete, si se utilizó uno		Fecha/Hora
Firma del testigo		Fecha/Hora		Fecha de expiración o evento		
<input type="checkbox"/> *Firma validada frente a licencia de conducir o firma en el expediente clínico. Es posible que haya un cargo por las copias de expedientes clínicos. <input type="checkbox"/> Copia electrónica solicitada.						