

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN, USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Si tiene preguntas sobre este formulario, comuníquese con un miembro del personal de Central Health para obtener ayuda.

****Para obtener información médica protegida relacionada con la salud conductual, use el formulario de Autorización para divulgación, uso o revelación de información de salud conductual protegida.***

Autorizo a Central Health a **revelar/obtener** (encierre una opción con un círculo) la siguiente **información médica protegida (PHI)** de la historia clínica de:

Nombre del paciente <i>(en letra de imprenta)</i>	Fecha de nacimiento	Últimos 4 dígitos del nro. de Seguro Social
Dirección	Fechas de servicio	
Ciudad	Estado	Código postal
		Teléfono

Esta información debe ser entregada a/obtenida de (encierre en un círculo):

Nombre: _____ Dirección: _____
 Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de envíos de Central Health:

Nombre: _____ Dirección: _____
 Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Divulgue/use/revele la siguiente información médica protegida en cualquier forma, incluso verbal, escrita o electrónica:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toda la información médica* | <input type="checkbox"/> Informe operativo/de procedimiento | <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Notas del proveedor | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiografías | <input type="checkbox"/> Informe de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Registro de vacunación |
| <input type="checkbox"/> Notas de visita al consultorio | <input type="checkbox"/> Informe de radiografías | <input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Registros externos |
| <input type="checkbox"/> Pedidos del proveedor | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/patología | <input type="checkbox"/> Lista de diagnósticos | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Se requiere que escriba sus iniciales para divulgar la siguiente información médica protegida:

- | | | |
|---|------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Información médica sobre el VIH | INICIALES | |
| <input type="checkbox"/> Información genética | | |
| <input type="checkbox"/> Información sobre el tratamiento por consumo de sustancias**
(Incluye notas de asesoramiento sobre SUD) | | |

****Describe cuánta información y de qué tipo sobre el trastorno por uso de sustancias se puede divulgar; haga una descripción explícita de la información sobre el trastorno por consumo de sustancias que se puede divulgar:**

Divulguen mi información de la siguiente forma:

- Verbalmente
 Por correo electrónico
 Recogida
 Fax *(solo para proveedores o fines de emergencia)*

Fax nro.: _____

Formato:

- Electrónico
 Papel

Propósito de la divulgación:

- Coordinar mi atención Beneficios por discapacidad Dar información sobre mi tratamiento y servicios
- Abogado El paciente solicita la divulgación
- Otro (explique): _____

El paciente o su representante debe leer las siguientes declaraciones:

Yo, quien suscribe, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito completando el *Formulario de revocación de autorización para divulgar información médica protegida de Central Health* (o por escrito a la entidad divulgadora si Central Health es el destinatario de la información médica protegida según esta autorización), excepto en la medida en que se intervenga basándose en ella; en cualquier caso, esta autorización vence a los 12 meses de su firma, a menos que se especifique lo contrario (otra fecha especificada: _____). Todas las revocaciones se enviarán a la dirección de devolución de Central Health indicada anteriormente.

Entiendo que la prestación de mi atención médica y el pago de dicha atención no se verán afectados si no firmo este formulario.

Entiendo que la información anterior puede incluir registros/informes de otros proveedores de atención médica involucrados en mi atención o tratamiento. He leído esta autorización y entiendo qué información se usará o divulgará, quién puede usar y divulgar la información y los destinatarios de esa información. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad.

Entiendo que cualquier aspecto de la información solicitada puede incluir resultados de enfermedades de transmisión sexual, pruebas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), si se realizó alguna. Además, entiendo que cualquier aspecto de la información solicitada puede incluir resultados de abuso de alcohol/drogas (sustancias) o diagnóstico y tratamiento de trastornos psicológicos.

Entiendo que mi información divulgada de conformidad con esta Autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario, a menos que dicha divulgación esté expresamente prohibida por otras leyes estatales o federales, y que las leyes federales de privacidad podrían dejar de aplicarse a la información si el destinatario no está sujeto a dichas leyes.

Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario si la solicito, y que obtendré una copia de este formulario después de firmarlo.

Si este formulario no está completo, es posible que Central Health no pueda cumplir con esta solicitud.

FIRMA del paciente o parte autorizada

Fecha

VÍNCULO con el paciente

TESTIGO

MOTIVO por el que el paciente no firma

A UNA PARTE QUE RECIBE REGISTROS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS: la Parte 2 del Título 42 del CFR prohíbe el uso o la divulgación no autorizados de estos registros.