


AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE/ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

<input type="checkbox"/> St. Joseph Regional Hospital <input type="checkbox"/> College Station Hospital <input type="checkbox"/> Burlleson Hospital	<input type="checkbox"/> Grimes Hospital <input type="checkbox"/> Madisonville Hospital <input type="checkbox"/> Centro de CHI St. Joseph (especifique) _____
---	---

Yo, _____, **[nombre en letra de imprenta de la persona (por ejemplo, paciente, residente o cliente)]** por medio del presente, autorizo al o a los centros anteriormente marcados para que utilicen y divulguen la información de salud protegida conforme se describe a continuación para el siguiente paciente:

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento
Dirección		Teléfono
Ciudad	Estado	Código postal

Autorizo que la o las siguientes personas u organización reciban la información:

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Fax	Correo electrónico

La siguiente información de salud de identificación individual se puede usar o divulgar:

(A continuación se indican los documentos que se solicitan con mayor frecuencia. Esto no constituye todo su expediente médico, que usted tiene derecho a solicitar*).

Marque (✓) todas las opciones que correspondan:

<input type="checkbox"/> Resumen (incluye ¹) <input type="checkbox"/> Resumen del alta/diagnóstico final ¹ <input type="checkbox"/> Expedientes de antecedentes y exámenes físicos ¹ <input type="checkbox"/> Informes de consultas ¹ <input type="checkbox"/> Operaciones y procedimientos ¹ <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de diagnóstico ¹	<input type="checkbox"/> Expedientes de salas de emergencias <input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación <input type="checkbox"/> Informes de radiología (por ejemplo: radiografías) <input type="checkbox"/> Otros informes de diagnóstico <input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico (preparadas por el depto. de radiología) <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia <input type="checkbox"/> Notas de médicos <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Factura detallada
---	--	---

Fechas de tratamiento que se deben divulgar:	Desde:	Hasta:
Motivo o finalidad del uso o la divulgación de la información:		

Solicito que la información se proporcione de forma:

- Electrónica (Portal)
 Impresa (correo de EE. UU. o recogida)
 Electrónica (correo electrónico seguro)
 Otra (USB, etc. **) _____

***El centro debe proporcionar el dispositivo*

AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE/ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Autorizo la divulgación de cualquier información que contengan los expedientes anteriores en relación con el tratamiento de consumo de estupefacientes o alcohol, afecciones relacionadas con drogas, alcoholismo, afección psiquiátrica/psicológica, tratamiento psiquiátrico/de salud mental o afecciones asociadas al VIH.

Prohibición de condicionamiento de autorización: el proveedor de atención médica no condicionará el tratamiento a que usted firme esta autorización a menos que:

- Usted esté recibiendo un tratamiento relacionado con una investigación; o
- El único motivo del centro que le brinda atención sea presentar un informe a un tercero, como su empleador (por ejemplo, aptitud para volver al trabajo) o escuela (por ejemplo, examen físico para ed. física).

Otra divulgación: entiendo que es posible que la información que se utilice o divulgue de acuerdo con esta autorización ya no esté protegida por la ley federal de privacidad (conocida como HIPAA) y que el receptor de mi información de salud podría volver a divulgarla. Sin embargo, en virtud de los Requisitos federales sobre la confidencialidad de la información sobre el consumo de estupefacientes, parte 2 del título 42 del Código de Reglamentos Federales, se puede prohibir al receptor que divulgue información identificable sobre el consumo de estupefacientes.

Vencimiento: esta autorización vencerá 1 año después de la fecha de su firma a menos que el centro reciba una revocación como se indica a continuación.

Revocación: entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al centro por escrito mediante el envío de una carta a la entidad de CHI especificada en esta autorización o al llenar el formulario de Revocación de autorización.

Entiendo que el hecho de revocar esta autorización no afectará de modo alguno las acciones que se hayan emprendido con anterioridad a la recepción de la carta de revocación. Asimismo, entiendo que el centro no puede rescindir ninguna divulgación que ya se haya realizado y que podrá usar mi información de salud según sea necesario para facturar y cobrar los servicios prestados.

Esta autorización es vinculante: las declaraciones hechas en esta autorización son vinculantes y determinantes, y entiendo que prevalecen sobre las declaraciones realizadas en el Aviso de prácticas de privacidad del centro.

Entiendo que se puede cobrar una tarifa por las copias de mi expediente médico.

Si esta autorización es para fines de marketing de la entidad cubierta, indique si la entidad cubierta recibirá alguna retribución por el uso y la divulgación de la información de salud protegida. Sí No

FIRMA DE LA PERSONA O REPRESENTANTE PERSONAL	FECHA (obligatoria)
Nombre en letra de imprenta del representante personal de la persona, si procede:	
Motivo para actuar como representante personal de la persona (por ejemplo, padre/madre, tutor legal):	
(Incluya documentación de respaldo, como un poder notarial u otros documentos que establezcan su condición de representante personal, cuando corresponda).	