

|  |                |  |                |   |                       |
|--|----------------|--|----------------|---|-----------------------|
| <b>Sección A: Esta sección se debe completar para todas las Autorizaciones</b>   |                |  |                |   |                       |
| <b>Nombre del paciente:</b>  |                | <b>Fecha de nacimiento:</b>  |                | <b>Últimos 4 dígitos de SSN (opcional):</b>   |                       |
| <b>Nombre de instalación:</b>  |                | <b>Nombre del receptor:</b>  |                |   |                       |
| <b>Dirección de instalaciones:</b>   |                | <b>Dirección 1:</b>  |                |   |                       |
| <b>Correo electrónico paciente:</b>  |                | <b>Dirección 2:</b>  |                |   |                       |
|  |                | <b>Ciudad:</b>   |                | <b>Estado:</b>  | <b>Código postal:</b> |
| <b>Entrega de solicitud (si se deja en blanco, se proporcionará una copia impresa):</b> <input type="checkbox"/> Copia impresa <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Medios electrónicos, si están disponibles (por ej., unidad USB, CD/DVD)  |                |  |                |   |                       |
| <b>Dirección de correo electrónico (Si anteriormente marcó correo electrónico. Escriba en letra de imprenta y legible):</b>  |                |  |                |   |                       |
| Esta autorización vencerá noventa días a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario a continuación: (Ingrese la fecha o el evento, pero no ambos.)  |                |  |                |   |                       |
| <b>Fecha:</b>  |                |  | <b>Evento:</b> |   |                       |
| <b>Objetivo de la divulgación:</b>   |                |  |                |   |                       |
| <b>Descripción de la información que se utilizará o divulgará</b>  |                |  |                |   |                       |
| ¿Esta solicitud es para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, entonces este es el único artículo que usted puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para otros artículos a continuación. <input type="checkbox"/> No, entonces usted puede seleccionar tantos artículos a continuación como necesite.  |                |  |                |   |                       |
| <b>Descripción:</b>  | <b>Fechas:</b> | <b>Descripción:</b>  | <b>Fechas:</b> | <b>Descripción:</b>   | <b>Fechas:</b>        |
| <input type="checkbox"/> Toda la PHI en la historia clínica<br><input type="checkbox"/> Formulario de admisión<br><input type="checkbox"/> Informes de dictado<br><input type="checkbox"/> Órdenes médicas<br><input type="checkbox"/> Consumo/expulsión<br><input type="checkbox"/> Prueba clínica<br><input type="checkbox"/> Listas de medicamentos<br><input type="checkbox"/> Información operativa   |                | <input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo<br><input type="checkbox"/> Prueba/terapia especial<br><input type="checkbox"/> Tiras de ritmo cardiaco<br><input type="checkbox"/> Información de enfermería<br><input type="checkbox"/> Formularios de transferencia |                | <input type="checkbox"/> Resumen de parto/nacimiento<br><input type="checkbox"/> Examen de obstetricia<br><input type="checkbox"/> Diagrama de flujo posparto<br><input type="checkbox"/> Factura detallada:<br><input type="checkbox"/> UB-92:<br><input type="checkbox"/> Otro:<br><input type="checkbox"/> Otro: |                       |
| Por este medio, reconozco y estoy de acuerdo con que la información divulgada puede contener información de abuso de alcohol, consumo de drogas, información genética, psiquiátrica, análisis para la detección del VIH, resultados del VIH o información sobre el SIDA. _____ (Iniciales)   |                |  |                |   |                       |
| Entiendo que:  |                |  |                |   |                       |
| 1. Me puedo negar a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria.<br>2. Mi tratamiento, pago, inscripción o derecho a recibir beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.<br>3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación. Los detalles adicionales se encuentran en la Notificación de prácticas de privacidad.<br>4. Si el solicitante o el receptor no es un plan médico o proveedor de atención médica, la información divulgada podría no estar protegida por las leyes federales de privacidad y podría divulgarse de nuevo.<br>5. Comprendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por un cargo razonable de copia si la solicito.<br>6. Obtengo una copia de este formulario después de firmarlo. |                |  |                |   |                       |
| <b>Sección B: ¿La solicitud de PHI se hace con fines de marketing o implica la venta de la PHI?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |                |  |                |   |                       |
| Si la respuesta es "Sí", el plan médico o el proveedor de atención médica deben completar la Sección B, de lo contrario, pase a la Sección C.  |                |  |                |   |                       |
| ¿El receptor recibirá remuneración financiera a cambio del uso o la divulgación de esta información?   |                |  |                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |                       |
| Si la respuesta es "Sí", describa cómo:  |                |  |                |   |                       |
| ¿Puede el receptor de la PHI intercambiar la información por remuneración financiera en el futuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |                |  |                |   |                       |
| <b>Sección C: Firmas</b>   |                |  |                |   |                       |
| He leído lo expuesto anteriormente y autorizo la divulgación de información médica protegida según lo especificado.  |                |  |                |   |                       |
| <b>Firma del paciente/representante del paciente:</b>  |                |  |                | <b>Fecha:</b>   |                       |
| <b>Nombre en letra de imprenta del representante del paciente:</b>   |                |  |                | <b>Relación con el paciente:</b>  |                       |

\*ROI\*

\*ROI\*