

Sección A: Esta sección se debe completar para todas las autorizaciones			
Nombre del paciente:	Nombre del beneficiario:		
Teléfono del paciente:	Dirección del beneficiario:		
Fecha de nacimiento:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Últimos 4 dígitos del N.º de seguro social (opcional)	Teléfono del beneficiario:	Fax del beneficiario:	
Fechas de servicio del pedido:	Correo electrónico (para los comunicados al correo electrónico):		
Nombre(s) y dirección del establecimiento:	Motivo de la divulgación: <input type="checkbox"/> A petición de la persona; o <input type="checkbox"/> un tercero (especifique el propósito):		
<p>Entrega del pedido (si se deja en blanco, se le proporcionará una copia impresa): <input type="checkbox"/> Copia Impresa <input type="checkbox"/> Formato electrónico, si está disponible <input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado <input type="checkbox"/> Correo Electrónico no encriptado. Existe el riesgo de que un tercero pueda ver su información sin su consentimiento si recibe la información mediante un método electrónico o correo electrónico no encriptado. No nos responsabilizamos por el acceso no autorizado a la PHI contenida en este formato o cualquier riesgo (por ej., un virus) que haya podido ingresar a su computadora o dispositivo al recibir la PHI en formato electrónico o por correo electrónico. Nota: en caso de que el establecimiento no pueda enviar un electrónico, se brindará un método de envío alternativo (por ej., copia impresa).</p> <p>Esta autorización vencerá después de los 180 días o en (elija solo una):</p> <p>Fecha de vencimiento: _____ Condición de vencimiento: _____</p> <p>¿Esta solicitud es para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Si la respuesta es no, puede marcar todos los elementos que necesite a continuación. <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, entonces este es el único elemento que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para los otros elementos que se detallan a continuación.</p>			
Descripción de la información que se utilizará o divulgará			
<input type="checkbox"/> Todos los registros pertinentes incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Informe de la sala de emergencias <input type="checkbox"/> Informe de electrocardiograma <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico <input type="checkbox"/> Informe clínico/de laboratorio 		<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Informe operativo <input type="checkbox"/> Informe de patología <input type="checkbox"/> Lista de problemas <input type="checkbox"/> Informe de radiología	
		Otros registros: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Instrucciones para el alta <input type="checkbox"/> Registro de partos y nacimientos <input type="checkbox"/> Examen/terapia especializada <input type="checkbox"/> Prescripción médica <input type="checkbox"/> Comentarios de evolución <input type="checkbox"/> Otro 	
<p>Para las solicitudes de divulgación de USCDI: para incluir todos los elementos definidos según la United States Core Data for Interoperability (Datos Básicos para la Interoperabilidad de los Estados Unidos). Requiere una dirección directa o un identificador nacional de proveedor:</p> <p>Se proporcionará todo tipo de información que se encuentre en los registros seleccionados anteriormente (si corresponde), incluida la información que pueda considerarse sensible, como la relativa al alcohol, el consumo de drogas, la información genética, la psiquiátrica, las pruebas de VIH, los resultados de VIH o la información sobre el SIDA. Especifique cualquier información que desee excluir:</p> <p>Comprendo que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria. 2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no podrán estar condicionados a que yo firme o no esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá efecto sobre ninguna acción realizada antes de la recepción de la revocación. Puede encontrar más información en el Aviso de prácticas de privacidad. 4. Si el beneficiario no es un proveedor del plan de salud o de atención médica, la información divulgada ya no estará protegida por las reglamentaciones federales de privacidad y podrá divulgarse nuevamente. 5. Entiendo que podré ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una tarifa razonable de copiado, si la solicito. 6. Obtengo una copia del presente formulario luego de firmarlo. 			
Sección B: ¿La solicitud de PHI se realiza con el fin de mercadeo o implica la venta de PHI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso de que la respuesta sea sí, el plan de salud o el proveedor de atención médica deben completar la Sección B. Si no es así, diríjase a la Sección C.			
¿El Proveedor recibirá remuneración financiera a cambio de utilizar o divulgar esta información?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, explique:			
¿El receptor de la PHI también podrá compartir la información a cambio de una remuneración financiera?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sección C: Firmas			
He leído el presente documento y autorizo la divulgación de la información de salud protegida según lo indicado anteriormente.			
Firma del paciente/representante del paciente:			Fecha:
Nombre del paciente o del representante del paciente en letra de imprenta:			Vínculo con el paciente: