

Autorización para la divulgación de información médica protegida

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

Divulgación de registros para
 Obtención de información de
 Únicamente revisión de registros

Individuo/Agencia/Hospital _____

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

La información puede: enviarse por fax enviarse por correo postal ser obtenida personalmente por: _____
 otro: _____

Propósito. Los registros se deben divulgar por los siguientes propósitos:
 continuación de la atención seguros legales uso personal otro: _____

Cubre el período de atención médica de: Fecha(s) específica(s): _____ hasta _____

Información a divulgar (marque los registros que desea):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historia clínica completa | <input type="checkbox"/> Registro de vacunación | <input type="checkbox"/> Registro de recién nacido |
| <input type="checkbox"/> Última visita | <input type="checkbox"/> Informes de análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Examen físico y signos vitales |
| <input type="checkbox"/> Registro de tuberculosis | <input type="checkbox"/> Registros de facturación detallados | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ |
- Notas de psicoterapia (si marca esta casilla, no podrá marcar ninguna otra. Se debe completar una Autorización para divulgar información médica protegida por separado a fin de obtener registros adicionales).

Comprendo que la información de mis registros médicos podría incluir información relacionada con enfermedades venéreas (STD), síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Puede también incluir información sobre servicios de salud mental o del comportamiento y sobre el tratamiento contra trastornos por abuso de sustancias.

Las leyes estatales y federales protegen la siguiente información. Si esta información se aplica a usted, indique si desea que se divulgue u obtenga esta información.

- Sí No Diagnóstico o tratamiento contra trastornos por abuso de sustancias.
 Sí No Diagnóstico o tratamiento contra el SIDA, incluidos los resultados de la prueba del VIH (el virus que causa el SIDA).
 Sí No El tratamiento o la consulta de salud mental.

Autorización

Comprendo que puedo revisar o copiar mi información médica protegida antes de que sea utilizada o divulgada según lo estipulado en el Código de Regulaciones Federales (CFR) 164.524. _____ Entiendo que mis registros de trastornos por uso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad y los Registros del Paciente de Abuso de Drogas (Confidentiality and Drug Abuse Patient Records), parte 2 del título 42 del C.F.R., y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996, partes 160 y 164 del título 45 del C.F.R., y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que las regulaciones estipulen lo contrario y que si uso una descripción general de la entidad que recibe los registros, al solicitarlo y en cumplimiento con la parte 2 del título 42 del C.F.R., se me debe proporcionar una lista de las entidades a las que se haya divulgado mi información en cumplimiento con la designación general. Comprendo que toda divulgación de información conlleva el riesgo posible de una redivulgación no autorizada, y la información podría no estar protegida por las normas de confidencialidad federales. Comprendo que la autorización de esta divulgación es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar esta autorización, mi tratamiento no se verá afectado negativamente. En caso de tener preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con BCHC. Por la presente, queda autorizado a proporcionar la información médica protegida solicitada sobre el paciente antes mencionado, según la política de su centro.

Comprendo también que esta autorización puede revocarse en cualquier momento. Comprendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al centro. Comprendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le proporcione a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo en virtud de mi póliza.

Este consentimiento permanecerá vigente hasta el _____ del 20 _____ o hasta que tenga lugar alguno de los siguientes eventos o condiciones _____ . Si no especifico una fecha, un evento o una condición, esta autorización vencerá en un plazo de seis meses.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del: _____ Fecha: _____

padre/madre tutor representante legal (marcar uno)
 Nota: Si se marca la casilla correspondiente al tutor, se debe proporcionar la documentación que establezca la tutela o debe aparecer en los registros para poder cumplir con la solicitud mencionada anteriormente.

Testigo/Personal médico: _____ Fecha: _____