

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Sección A: esta sección debe completarse para solicitar todo tip de autorización					
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:		N.º de Seguro Social (opcional):	
Nombre del proveedor:		Nombre del destinatario:			
Domicilio del proveedor:		Domicilio 1:			
		Domicilio 2:			
		Ciudad:		Estado:	Código postal:
La presente autorización caducará a partir de la fecha o del acontecimiento que se indica a continuación: (escriba la fecha o el acontecimiento, pero no ambos).				Copia de la autorización para revelar PHI entregada al paciente:	
Fecha:		Acontecimiento:		Fecha:	
Salvo que se especifique un plazo más breve, esta autorización caducará una vez transcurridos 180 días de la fecha de su firma.					
Objeto de la divulgación:					
Descripción de la información que se utilizará o divulgará					
¿Esta solicitud está destinada a las notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí; en ese caso, este es el único item que puede solicitar en la presentada autorización para solicitar los demás items que se muestran a continuación. <input type="checkbox"/> No; en ese caso, puede marcar tantos items como sea necesario.					
Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Toda la PHI que contiene las historia clínica <input type="checkbox"/> Formulario de internación <input type="checkbox"/> Informes de dictados <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Ingreso/Egreso <input type="checkbox"/> Análisis clínico <input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos		<input type="checkbox"/> Información operativa <input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo <input type="checkbox"/> Terapia/análisis especial <input type="checkbox"/> Tiras de ritmo <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de transferencias <input type="checkbox"/> Información de la sala de urgencias		<input type="checkbox"/> Resumen de trabajo de parto/parto <input type="checkbox"/> Evaluación de enfermería obstétrica <input type="checkbox"/> Hoja del flujo postparto <input type="checkbox"/> Factura desglosada: <input type="checkbox"/> UB-92: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:	
Reconozco que es posible que las información divulgada contenga datos sobre SIDA o resultados de VIH, análisis de VIH, resultados psiquiátricos e información sobre el consumo de drogas y de alcohol. Asimismo, por la presente, presto mi consentimiento respecto de dicha información divulgada. _____ (Firme con las iniciales) Si no corresponde, marque aquí. Si esta autorización tiene por objeto la divulgación genética, especifíquelo aquí:					
Comprendo que:					
1. Puedo rehusarme a firmar esta autorización y que la firma de dicha autorización es estrictamente voluntaria. 2. Mi tratamiento, el pago, la inscripción o la calidad de resultar elegible para obtener beneficios no podrá estar condicionado a la firma de esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero, de hacerlo, no producirá efecto alguno sobre los actos llevados a cabo con anterioridad a la recepción de dicha revocación. Puedo encontrar más información en el Aviso sobre prácticas de privacidad. 4. Si el solicitante o el receptor no es un prestador de planes de salud o de atención sanitaria, es posible que la información publicada ya no reciba la protección de las normas federales sobre privacidad y que pueda volver a ser divulgada. 5. Puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, a cambio del pago de una tarifa razonable por dicha copia, en el caso de que la solicite. 6. Obtengo una copia de este formulario después de firmarlo.					
Sección B: ¿el pedido de la PHI se presenta a efectos de marketing?					
Si la respuesta es afirmativa, el prestador de planes de salud o de atención sanitaria debe completar la Sección B; de lo contrario, debe pasar directamente a la Sección C.					
¿El destinatario recibirá algún tip de compensación financiera o en especie a cambio del uso o de la divulgación de esta información? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, especifíquela aquí:					
Sección C: Firmas					
He leído la información precedente y autorizo la divulgación de la información protegida sobre salud de la manera indicada.					
Firma del paciente/respresentante del paciente:				Fecha:	
Aclaración de la firma del paciente/representate del paciente:				Relación con el paciente/representante del paciente:	