

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

<input type="checkbox"/> Baylor St. Luke's Medical Center <input type="checkbox"/> Baylor St. Luke's Medical Center- McNair Campus <input type="checkbox"/> Lakeside Hospital <input type="checkbox"/> Sugar Land Hospital	<input type="checkbox"/> Springwoods Village Hospital <input type="checkbox"/> The Vintage Hospital <input type="checkbox"/> The Woodlands Hospital <input type="checkbox"/> Establecimiento de salud de CHI (especifique) _____
---	---

Yo, _____, **[Escribir en letra de imprenta el nombre de la persona (es decir, paciente, residente o cliente)]** por la presente autorizo a que los centros marcados arriba usen y divulguen la información de salud protegida como se describe a continuación, para el siguiente paciente:

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

Autorizo a que la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(es) reciba(n) la información:

Nombre		
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal
Nombre	Fax	Correo electrónico

La siguiente información de salud identificable individualmente puede ser usada o divulgada:

(A continuación, los documentos que se solicitan con más frecuencia. Esto no conforma su registro médico completo, el cual usted tiene derecho de 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"/> Antecedentes e informes 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 la sala de emergencias <input type="checkbox"/> Expediente de inmunización (vacunas) <input type="checkbox"/> Informes de radiología (por ejemplo, rayos-X) <input type="checkbox"/> Otros informes de diagnóstico <input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico (Preparadas por el Departamento de Radiología) <input type="checkbox"/> Otras: _____	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia <input type="checkbox"/> Notas del médico <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Factura detallada
--	---	---

Fechas de tratamiento que se publicarán:	De:	Hasta:
--	-----	--------

Razón o propósito del uso o divulgación de la información:
--

Solicito que la forma de divulgación de la información sea:

- Electrónica (portal)
 Papel (correo postal de EE. UU. o pasar a buscar)
 Electrónica (correo electrónico seguro)
 Otra (USB, etc. **) _____ ***El centro debe proporcionar el dispositivo*

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

Yo autorizo la divulgación de cualquier información que contengan los registros anteriores, relacionados con el tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, problemas relacionados con las drogas, el alcoholismo, enfermedad psiquiátrica/psicológica, tratamiento de salud psiquiátrica/mental o enfermedades relacionadas con el VIH.

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

- Usted esté recibiendo tratamiento relacionado con la investigación, o
- La única razón por la que el centro le proporcione atención médica sea para hacer un informe a un tercero, tal como su empleador (por ejemplo, su aptitud física para regresar al trabajo) o a la escuela (por ejemplo, para educación física).

Redivulgación: Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ya no estar protegida por la ley de privacidad federal (también conocida por HIPAA) y el destinatario de mi información de salud podría divulgarla de nuevo. No obstante, conforme a los Requisitos federales de confidencialidad de abuso de sustancias, 42CFR parte 2, se puede prohibir al destinatario que revele información identificable relacionada con el abuso de sustancias.

Vencimiento: Esta autorización vencerá 1 año después de la fecha de su firma a menos que el centro reciba una revocación como se describe más abajo.

Revocación: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, mediante notificación escrita, si envío una carta a la entidad CHI que se especifica en este comunicado o si lleno el formulario de Revocación de Autorización. Entiendo que si revoco esta autorización, no afectará las acciones que se llevaron a cabo antes de recibir la carta de revocación. Entiendo que el centro no puede rescindir las divulgaciones que ya haya realizado, y que puede usar mi información de salud en la medida en que sea necesario para facturar y cobrar por los servicios prestados.

Esta autorización es vinculante: Las declaraciones formuladas en esta autorización son vinculantes y controladoras, y entiendo que tienen prioridad sobre las declaraciones que se formulan en el Aviso de Prácticas de Privacidad del centro.

Acepto el cobro de un honorario en concepto de copias de mi expediente médico.

Si esta autorización tiene fines de mercadotecnia por parte de la entidad cubierta, indique si la entidad cubierta recibirá una compensación por el uso y divulgación de las PHI. Sí No

FIRMA DE LA PERSONA O DEL REPRESENTANTE PERSONAL	FECHA (obligatoria)
Nombre, en letra de imprenta, del representante personal del sujeto, si corresponde:	
Razón para servir como representante personal del sujeto (p. ej., padre, tutor legal):	
(Por favor, incluya documentación de respaldo, como documentos de poder notarial u otros, que permitan establecer el estado del representante personal, cuando corresponda).	