

Nombre Completo del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ No. de Expediente Médico: \_\_\_\_\_

**AUTORIZO AL SIGUIENTE DIVULGADOR(ES) PARA REVELAR (DIVULGAR) LOS ARCHIVOS MÉDICOS DEL PACIENTE ARRIBA MENCIONADO ("PACIENTE").**

Expedientes de Facturas  Registros de Manejo de Casos  Todos los Expedientes Médicos

Otros (favor de especificar) \_\_\_\_\_

De (encerrar en un círculo): Presbyterian Health Plan Presbyterian Insurance Company

Correspondientes a la(s) Fecha(s) de servicio del: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

A (Nombre): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Para el siguiente propósito (los siguientes propósitos):  Recoger  Enviar por correo

A petición del individuo

Para determinar elegibilidad para inscripción en el plan (los planes) de salud de Presbyterian (**Si está marcado el recuadro, la autorización NO incluye notas de Psicoterapia**)

Para fines de Mercadeo (Marketing) (especificar campaña): \_\_\_\_\_

Si este recuadro está marcado, Presbyterian recibirá pago directo o indirecto de una tercera parte como resultado de esta actividad.

Otro (Describir cada propósito para uso o divulgación) \_\_\_\_\_

**ADEMÁS DE LA REVELACIÓN DE LOS ARCHIVOS MÉDICOS GENERALES ARRIBA INDICADOS, AL ESCRIBIR MIS INICIALES ABAJO TAMBIÉN AUTORIZO LA REVELACIÓN DE LOS HISTORIALES MÉDICOS REFERENTES A LAS SIGUIENTES CONDICIONES.**

(Escriba sus iniciales **SOLAMENTE** en aquellos historiales que sean revelados):

\_\_\_\_\_ Historiales Médicos Relacionados con el Abuso de Drogas / Alcohol / Sustancias

\_\_\_\_\_ Historiales Médicos Relacionados con las Enfermedades Transmitidas Sexualmente

\_\_\_\_\_ Historiales Médicos Relacionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

\_\_\_\_\_ Historiales Médicos Relacionados con Discapacidades Emocionales / de la Salud Mental / del Desarrollo / Condiciones Psiquiátricas (**Excluyen las notas de Psicoterapia. Esta autorización no autoriza la revelación de las Notas de Psicoterapia. Para permitir la revelación de las Notas de Psicoterapia, se requiere una autorización por separado.**)

**VENCIMIENTO:** Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al enviarle a Presbyterian mi notificación de cancelación por escrito. Entiendo que es posible que Presbyterian ya haya utilizado o liberado expedientes de acuerdo con esta autorización antes de haber recibido mi notificación de cancelación. Entiendo que si se cancela esta autorización, una aseguradora podría todavía tener el derecho legal a disputar una reclamación o la póliza de seguro. Este derecho solamente se aplica si esta autorización se pide como condición para obtener cobertura de seguro.

**SALVO EN EL CASO DE CANCELACIÓN, ESTA AUTORIZACIÓN VENDE (Se requiere el evento O la fecha):**

En 6 meses  Al Ocurrir el Evento (especificar): \_\_\_\_\_

en esta Fecha: \_\_\_\_\_

**ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR EXPEDIENTES DE SALUD ES VOLUNTARIA Y QUE PUEDO NEGARME A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN. Entiendo que la firma de esta autorización puede ser requisito como condición de mi inscripción en un plan de salud de Presbyterian si esta autorización es requisito previo a la inscripción para determinar elegibilidad o para su patrocinio o determinación de clasificación de riesgos. Si esta autorización es una condición de inscripción en un plan de salud, NO incluye permiso para liberar notas de psicoterapia. He leído y entiendo esta forma de autorización, incluyendo las declaraciones al reverso de esta página. Yo soy el Miembro o soy la persona legalmente autorizada como representante del Miembro para ejecutar esta autorización, y acepto los términos en ella descritos.**

\_\_\_\_\_  
Miembro o Representante Autorizado

(Es requisito indicar Parentesco con el Miembro si lo firma un Representante)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Favor de escribir (letra de molde) su nombre si no es el Miembro



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LIBERACIÓN DE EXPEDIENTES DE SALUD**

**DERECHO A REVISAR:** Por ley, usted tiene derecho a ver y obtener una copia de la información a ser divulgada bajo esta autorización.

**CUOTAS:** Cobramos una cuota por proporcionar una copia, resumen o explicación de la información que usted pida. Antes de proporcionar le dicha información, le informaremos del costo de la cuota, de tal manera que usted pueda cambiar su petición para evitar o reducir el pago de la misma.

**NEGACIÓN DE PETICIÓN:** Podemos negar su petición de liberación de expedientes médicos solamente por ciertas razones. Si su petición es negada, usted puede pedir una revisión de esta decisión, tal como se indica en la *Notificación de Prácticas de Respeto a la Vida Privada* de Presbyterian.

**REDIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Entiendo que la información liberada bajo esta autorización podría potencialmente ser redivulgada por el receptor de la misma. Si la información es redivulgada por el receptor, es posible que ya no tenga protección bajo la ley federal sobre respeto de la vida privada. Entiendo que Presbyterian no puede prevenir que la persona que reciba esta información se la divulgue a otros.

**EXPEDIENTES DE MÉDICOS:** Entiendo que hay médicos (radiólogos, anestesiólogos y patólogos) que proporcionan servicios en las diferentes instalaciones de Presbyterian, pero es posible que no sean empleados ni agentes de Presbyterian. Es posible que estos médicos mantengan expedientes de salud adicionales para cada Paciente (como registros de facturas). Para liberar la información contenida en dichos expedientes, el Paciente deberá comunicarse con el médico correspondiente.

**CERTIFICACIONES:** Certifico que antes de firmar esta autorización, todos los espacios en blanco o declaraciones que así lo requieren han sido llenados, y todos los puntos que no se aplican han sido dejados en blanco. Libero a Presbyterian Healthcare Services, sus oficiales, directores, empleados y agentes y a los médicos que proporcionaron los servicios de cuidado a la salud al Miembro de toda responsabilidad y reclamaciones de cualquier naturaleza que pudieren surgir de la liberación de información pedida bajo esta autorización.

**Una copia de esta autorización que contenga mi firma se considerará con la misma validez que la original y será respetada como tal por aquellos a quienes se les proporcione.**

Nombre Completo del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ No. de Expediente Médico: \_\_\_\_\_

**AUTORIZO AL SIGUIENTE DIVULGADOR(ES) PARA REVELAR (DIVULGAR) LOS ARCHIVOS MÉDICOS DEL PACIENTE ARRIBA MENCIONADO ("PACIENTE").**

Expedientes de Facturas  Registros de Manejo de Casos  Todos los Expedientes Médicos

Otros (favor de especificar) \_\_\_\_\_

De (encerrar en un círculo): Presbyterian Health Plan Presbyterian Insurance Company

Correspondientes a la(s) Fecha(s) de servicio del: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

A (Nombre): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Para el siguiente propósito (los siguientes propósitos):  Recoger  Enviar por correo

A petición del individuo

Para determinar elegibilidad para inscripción en el plan (los planes) de salud de Presbyterian (**Si está marcado el recuadro, la autorización NO incluye notas de Psicoterapia**)

Para fines de Mercadeo (Marketing) (especificar campaña): \_\_\_\_\_

Si este recuadro está marcado, Presbyterian recibirá pago directo o indirecto de una tercera parte como resultado de esta actividad.

Otro (Describir cada propósito para uso o divulgación)

**ADEMÁS DE LA REVELACIÓN DE LOS ARCHIVOS MÉDICOS GENERALES ARRIBA INDICADOS, AL ESCRIBIR MIS INICIALES ABAJO TAMBIÉN AUTORIZO LA REVELACIÓN DE LOS HISTORIALES MÉDICOS REFERENTES A LAS SIGUIENTES CONDICIONES.**

(Escriba sus iniciales **SOLAMENTE** en aquellos historiales que sean revelados):

\_\_\_\_\_ Historiales Médicos Relacionados con el Abuso de Drogas / Alcohol / Sustancias

\_\_\_\_\_ Historiales Médicos Relacionados con las Enfermedades Transmitidas Sexualmente

\_\_\_\_\_ Historiales Médicos Relacionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

\_\_\_\_\_ Historiales Médicos Relacionados con Discapacidades Emocionales / de la Salud Mental / del Desarrollo / Condiciones Psiquiátricas (**Excluyen las notas de Psicoterapia. Esta autorización no autoriza la revelación de las Notas de Psicoterapia. Para permitir la revelación de las Notas de Psicoterapia, se requiere una autorización por separado.**)

**VENCIMIENTO:** Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al enviarle a Presbyterian mi notificación de cancelación por escrito. Entiendo que es posible que Presbyterian ya haya utilizado o liberado expedientes de acuerdo con esta autorización antes de haber recibido mi notificación de cancelación. Entiendo que si se cancela esta autorización, una aseguradora podría todavía tener el derecho legal a disputar una reclamación o la póliza de seguro. Este derecho solamente se aplica si esta autorización se pide como condición para obtener cobertura de seguro.

**SALVO EN EL CASO DE CANCELACIÓN, ESTA AUTORIZACIÓN VENDE (Se requiere el evento O la fecha):**

En 6 meses  Al Ocurrir el Evento (especificar): \_\_\_\_\_

**O** en esta Fecha: \_\_\_\_\_

**ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR EXPEDIENTES DE SALUD ES VOLUNTARIA Y QUE PUEDO NEGARME A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN. Entiendo que la firma de esta autorización puede ser requisito como condición de mi inscripción en un plan de salud de Presbyterian si esta autorización es requisito previo a la inscripción para determinar elegibilidad o para su patrocinio o determinación de clasificación de riesgos. Si esta autorización es una condición de inscripción en un plan de salud, NO incluye permiso para liberar notas de psicoterapia. He leído y entiendo esta forma de autorización, incluyendo las declaraciones al reverso de esta página. Yo soy el Miembro o soy la persona legalmente autorizada como representante del Miembro para ejecutar esta autorización, y acepto los términos en ella descritos.**

\_\_\_\_\_  
Miembro o Representante Autorizado

(Es requisito indicar Parentesco con el Miembro si lo firma un Representante)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Favor de escribir (letra de molde) su nombre si no es el Miembro



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LIBERACIÓN DE EXPEDIENTES DE SALUD**

**DERECHO A REVISAR:** Por ley, usted tiene derecho a ver y obtener una copia de la información a ser divulgada bajo esta autorización.

**CUOTAS:** Cobramos una cuota por proporcionar una copia, resumen o explicación de la información que usted pida. Antes de proporcionar le dicha información, le informaremos del costo de la cuota, de tal manera que usted pueda cambiar su petición para evitar o reducir el pago de la misma.

**NEGACIÓN DE PETICIÓN:** Podemos negar su petición de liberación de expedientes médicos solamente por ciertas razones. Si su petición es negada, usted puede pedir una revisión de esta decisión, tal como se indica en la *Notificación de Prácticas de Respeto a la Vida Privada* de Presbyterian.

**REDIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Entiendo que la información liberada bajo esta autorización podría potencialmente ser redivulgada por el receptor de la misma. Si la información es redivulgada por el receptor, es posible que ya no tenga protección bajo la ley federal sobre respeto de la vida privada. Entiendo que Presbyterian no puede prevenir que la persona que reciba esta información se la divulgue a otros.

**EXPEDIENTES DE MÉDICOS:** Entiendo que hay médicos (radiólogos, anestesiólogos y patólogos) que proporcionan servicios en las diferentes instalaciones de Presbyterian, pero es posible que no sean empleados ni agentes de Presbyterian. Es posible que estos médicos mantengan expedientes de salud adicionales para cada Paciente (como registros de facturas). Para liberar la información contenida en dichos expedientes, el Paciente deberá comunicarse con el médico correspondiente.

**CERTIFICACIONES:** Certifico que antes de firmar esta autorización, todos los espacios en blanco o declaraciones que así lo requieren han sido llenados, y todos los puntos que no se aplican han sido dejados en blanco. Libero a Presbyterian Healthcare Services, sus oficiales, directores, empleados y agentes y a los médicos que proporcionaron los servicios de cuidado a la salud al Miembro de toda responsabilidad y reclamaciones de cualquier naturaleza que pudieren surgir de la liberación de información pedida bajo esta autorización.

**Una copia de esta autorización que contenga mi firma se considerará con la misma validez que la original y será respetada como tal por aquellos a quienes se les proporcione.**