

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE HISTORIALES MÉDICOS



Release of Information

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Número de seguro social: _____ Núm. de hist. méd.: _____

DIVULGACIÓN DE HISTORIALES MÉDICOS GENERALES

AUTORIZO A PRESBYTERIAN HEALTHCARE SERVICES ("PRESBYTERIAN") PARA QUE UTILICE O DIVULGUE (DÉ A CONOCER) LOS SIGUIENTES HISTORIALES MÉDICOS DEL PACIENTE ANTES MENCIONADO ("PACIENTE").

- Reportes Dictados Resultados de pruebas Registros de facturación Todos los expedientes médicos
 Otros (por favor especifique) _____

De (indique el centro): _____

Durante las fechas de servicio que van del: _____ al _____

Para (Nombre): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Los historiales se divulgan con el siguiente propósito: Pasar a recogerlos Envío por correo

- A petición de la persona
 Por mercadotecnia (campana especifica: _____)

Si está marcada esta opción, Presbyterian recibirá un pago directo o indirecto de un tercero como resultado de esta actividad.
 Otro (Describa todos los propósitos del uso o divulgación solicitados)

ADEMÁS DE LA DIVULGACIÓN DE LOS HISTORIALES MÉDICOS GENERALES INDICADOS ANTERIORMENTE, CON MIS INICIALES A CONTINUACIÓN TAMBIÉN AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LOS HISTORIALES MÉDICOS PERTENECIENTES A LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS.

(Escriba sus iniciales SÓLO en los historiales que va a divulgar):

- _____ Historiales médicos relacionados con abuso de drogas/alcohol/sustancias
 _____ Historiales médicos relacionados con enfermedades de transmisión sexual
 _____ Historiales médicos relacionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
 _____ Historiales médicos relacionados con padecimientos emocionales/de salud mental/discapacidades de desarrollo/padecimientos psiquiátricos **(Excluye las notas de psicoterapia. Esta autorización no contempla la divulgación de notas de psicoterapia. Para divulgar dichas notas, se requiere una autorización aparte).**

VENCIMIENTO: Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si le entrego una notificación a Presbyterian por escrito. Entiendo que es posible que Presbyterian ya haya usado o divulgado historiales conforme a esta autorización antes de recibir mi aviso de cancelación. Comprendo que si esta autorización se cancela, una aseguradora puede seguir teniendo el derecho legal a responder a un reclamo o a la póliza de seguro. Este derecho sólo aplica en caso de que esta autorización se solicite como una condición para obtener la cobertura del seguro.

SI NO SE CANCELA, ESTA AUTORIZACIÓN VENGE (se requiere un evento o una fecha):

- En 6 meses Cuando otro evento ocurra (especifique): _____
O BIEN, el día: _____

EN CASO DE FALLECIMIENTO: Autorizo a las siguientes personas para que obtengan mis historiales médicos, tal como se indica anteriormente:

O bien, _____ no deseo autorizar la divulgación de mis historiales en caso de fallecimiento.

COMPRENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LOS HISTORIALES MÉDICOS ES VOLUNTARIA Y QUE PUEDO NEGARME A FIRMARLA. FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN NO ES UNA CONDICIÓN PARA QUE EL PACIENTE RECIBA TRATAMIENTO O PAGUE POR LOS SERVICIOS, EXCEPTO QUE LA LEY INDIQUE LO CONTRARIO. He leído y comprendido este formulario de autorización, incluidas las afirmaciones que aparecen al reverso de esta página. Soy el paciente o fui autorizado de forma legal como representante del paciente para firmar esta autorización y aceptar estos términos y condiciones.

Paciente o representante autorizado/parentesco con el paciente
 (Si firma el representante, indique su parentesco con el paciente)

Fecha _____ Hora _____

Escriba su nombre en letra de molde si no es el paciente

PATIENT IDENTIFICATION



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE HISTORIALES MÉDICOS

DERECHO A REVISAR: Por ley, tiene derecho a ver y obtener una copia de la información que se va a divulgar conforme a esta autorización.

CARGOS: Cobramos una cuota por proporcionar una copia, un resumen o una explicación de la información que solicite. Antes de proporcionarle la información solicitada, le diremos cuánto cuesta. Puede cambiar su solicitud para evitar o reducir el cargo.

NEGACIÓN DE LA SOLICITUD: Podemos rechazar su solicitud de divulgación de historiales médicos sólo por ciertas razones. Si su solicitud es rechazada, puede solicitar que se revise la decisión tal como se describe en el *Aviso de prácticas de privacidad* de Presbyterian.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN POSTERIOR: Comprendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede volver a ser divulgada por el destinatario original de la información. Si el destinatario original de la información la divulga de nuevo en un futuro, ésta ya no quedará protegida por la ley federal de privacidad. Comprendo que Presbyterian no puede prevenir que el destinatario original de esta información la divulgue a otros.

HISTORIALES MÉDICOS: Comprendo que los médicos (tales como radiólogos, anesestesiólogos y patólogos) proporcionan servicios a las instalaciones de Presbyterian pero es posible que no sean empleados ni representantes del mismo. Estos médicos pueden tener historiales médicos adicionales sobre el paciente (tales como registros de facturación). Para divulgar información contenida en dichos registros, el paciente debe contactar al médico.

DECLARACIONES: Declaro que antes de firmar esta autorización completé todos los espacios en blanco o las afirmaciones requeridas y que dejé en blanco todos los elementos que no eran aplicables. Libero a Presbyterian Healthcare Services, sus funcionarios, directores, empleados y representantes, así como a los médicos que brindaron servicios de atención médica al paciente, de toda responsabilidad o reclamo de cualquier tipo que pudieran derivarse de la divulgación de la información solicitada en esta autorización.

Una copia de esta autorización que contenga mi firma se considerará tan válida y tendrá los mismos efectos que el documento original, y todas aquellas personas que la reciban estarán obligadas a respetarla.

PATIENT IDENTIFICATION

