

Autorización para Divulgar Información de Salud

Por la presente autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud protegido individualmente identificable ("PHI") como se describe abajo. A menos que se excluya explícitamente, esta autorización incluye toda información relacionado a abuso/tratamiento de drogas y/o alcohol, comunicación con psiquiatras o psicólogos, registros de enfermedades de transmisión sexual, si son parte de mi record médico. Yo entiendo que esta autorización es voluntario. Una vez esta información es divulgada, puede ser sujeto a re-divulgación y puede ser que ya no sea protegido por regulaciones de privacidad federales.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de Record Medico: _____

Teléfono del Paciente: _____ # de Seguro Social: _____

Por favor pidan mi record medico de: Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Por favor mande mi record medico a: Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Por favor envíe/solicite esta información: Notas de Oficina: _____ Laboratorios: _____ Medicaciones: _____ Inmunizaciones: _____

Otro: _____ Por favor especifique: _____ Record Completo: _____

De qué periodo de tiempo quiere la información entregado u obtenido: _____

Esta información será usado por: personal: _____ medico: _____ otro: _____

Por favor envíe esta información por: Correo: () si () no Fax: () si () no Teléfono: () si () no

Email () si () no () Cifrado () No Cifrado Paciente ha sido informado del riesgo

Esta autorización se expira: _____

Nota: Después de que pase esta fecha, esta autorización ya no será válida. A menos que se especifique lo contrario esta autorización será válida por 6 meses después de la fecha firmada. Si la autorización es por investigación, la declaración "fin de investigación" o "no hay" o lenguaje similar extenderá su permiso más de 6 meses.

A menos que se excluya explícitamente, esta autorización incluye toda información relacionado a abuso/tratamiento de drogas y/o alcohol, comunicación con psiquiatras o psicólogos o registros de enfermedades de transmisión sexual, si son parte de mi record médico. Yo entiendo que esta autorización es voluntario. Una vez esta información es divulgada, puede ser sujeto a re-divulgación y puede ser que ya no sea protegido por regulaciones de privacidad federales.

¿Si es para comercialización, recibirá UMC pago/beneficio del tercero por recibir el PHI? Si No N/A

El paciente o el representante del paciente debe leer e inicial las siguientes declaraciones:

Iniciales: _____ Yo entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando al Oficial de Privacidad de UMC por escrito, UMC no será responsable por información de salud protegida que ha sido publicado antes de mi revocación de la autorización.

Iniciales: _____ Yo entiendo que UMC no puede condicionar provisión de tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud, o elegibilidad para beneficios con firmar esta Autorización, excepto bajo las siguientes circunstancias:

- participando en proyectos de investigación pueden ser condicionados a que yo firme una Autorización para usar y divulgar PHI en la investigación
- inscripción inicial en planes de salud pueden ser condicionados con firmar una Autorización para que el plan de salud revise el PHI para determinar elegibilidad.

Si un tercer solicita servicios para mí, PHI no será liberado sin que yo firme una autorización.

Firma del paciente o representante del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre escrito del representante del paciente: _____

Relación al paciente/descripción de autoridad para actuar por paciente: _____