

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI)

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de teléfono: _____ N.º de registro médico _____

Autorizo a NeighborHealth a divulgar mi información protegida de salud a:

Nombre: _____

Dirección, número de fax o dirección de correo electrónico:

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN (marque una opción):

Mi propio uso Cambio de médico Legal Seguro Otro (especificar) _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ (sea específico e incluya fechas de servicio, rango de fechas y/o nombres de los proveedores)

Registro médico completo _____ Notas clínicas _____
 Registros de medicamentos _____ Resultados de pruebas de laboratorio _____
 Informes de radiología _____ Registros de emergencias _____
 Otra _____

PARA QUE SE INCLUYAN LAS CATEGORÍAS DE INFORMACIÓN ESPECIALMENTE PROTEGIDAS, DEBE ESCRIBIR SUS INICIALES JUNTO A LAS CATEGORÍAS DE INFORMACIÓN QUE DESEA QUE DIVULGUEMOS COMO PARTE DE ESTA SOLICITUD:

____ Información sobre pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH (SE REQUIERE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA CADA SOLICITUD DE DIVULGACIÓN).

____ Conjunto de recolección de evidencias de agresión sexual/asesoramiento sobre agresión sexual del Estado de Massachussets.

____ Registros de tratamiento por abuso de alcohol y drogas protegidos por la Ley HITECH, 42 CFR Parte 2.

____ Registros relacionados con la violencia intrafamiliar.

Entiendo que tengo derecho a retirar mi autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que los registros ya hayan sido publicados. Entiendo que para retirar esta autorización, debo presentar mi solicitud de retiro de la autorización por escrito al Director de Expedientes Médicos. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario, puedo negarme a firmar y NeighborHealth no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para los beneficios a que yo proporcione la autorización para el uso o la divulgación solicitados. *Entiendo que la información de salud utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a redivulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las leyes de privacidad federales o estatales; sin embargo, se le puede prohibir al destinatario divulgar información sobre tratamientos por abuso de sustancias o pruebas, diagnósticos o tratamientos de VIH.* Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se divulgará.

Esta autorización permanecerá vigente durante **un año (12 meses)** a partir de la fecha de la firma, a menos que la revoque. He leído atentamente y comprendido la información anterior, he recibido respuestas a todas mis preguntas y autorizo voluntariamente la divulgación de la información solicitada a las personas o entidades especificadas.

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Firma del representante legal _____ Relación con el paciente: _____ Fecha: _____