

SAINT CLARE'S HEALTH SYSTEM

Solo uso oficina:

M.R.#

P.A.#

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SU SALUD (PHI)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NO. DE SEGURO Social: _____ TELEFONO: _____

Por este medio autorizo al personal de Información de la Salud del Saint Clare's Health System a divulgar mi información de salud a:

La información a ser divulgada al arriba mencionado y a ser utilizada por el mismo con el siguiente propósito: _____

Esta autorización se encuentra limitada a las siguientes fechas de tratamiento:

DESDE: _____ HASTA: _____

Información a ser divulgada:

- ABSTRACTOS (Incluye: Hojas de datos, Diagnósticos, Resumen de dada de alta, H&P, Reporte SE, Consultas, Reportes de procedimientos y resultados, según aplican.)
- RESUMEN DE DADA DE ALTA SALA DE EMERGENCIA (SE) LAB, RAYOS-X Y DIAGNÓSTICOS
- REPTS OPERACIÓN Y PATOLOGÍA RÉCORD COMPLETO
- OTROS _____

***Favor de indagar sobre los costos de copias de sus récords médicos.

Entiendo que la información a ser divulgada incluye mi identidad, diagnósticos y tratamiento incluyendo ALCOHOL, DROGAS, PRUEBAS GENÉTICAS, SALUD MENTAL O SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO o MENTAL, SIDA, VIH, TUBERCULOSIS, ENFERMEDADES CONTAGIOSAS o SEXUALMENTE TRANSMISIBLES, además de información sobre ENFERMEDADES INFECCIOSAS, si aplica.

Favor de indicar si se debe excluir de esta autorización y no divulgar alguna de las informaciones arriba mencionadas:

Es mi intención que el uso de la información suministrada sea prohibida para cualquier otra razón que no sea la aquí indicada y que el que recibe está prohibido de divulgar esta información a terceros para los cuales la divulgación es innecesaria o no requerida para los propósitos arriba mencionados.

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que de revocar esta autorización debe ser por escrito y presentarla al Departamento de Información de la Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará en la medida en que el Hospital Saint Clare's ya ha tomado medidas en virtud de esta autorización. Esta autorización vence automáticamente a los 120 días de la fecha de mi firma a menos que especifique que esta autorización caducará en la siguiente fecha o concurrentemente al siguiente evento o condición:

Entiendo que la autorización para la divulgación es voluntaria, y que puedo rehusarme a firmarla. No es necesario firmar esta forma de manera que pueda recibir tratamiento, pago o registro o elegibilidad de beneficios. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información a ser usada o divulgada, como dispuesto en 42 CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una segunda divulgación no autorizada y que la información podría no estar protegida por las normas de confidencialidad federal. De tener preguntas sobre la divulgación de la información sobre mi salud, puedo comunicarme con Información de la Salud "Correspondence Area" al (973) 989-3660. ***Si la autorización es para "marketing", indique si Saint Clare's recibirá compensación a cambio del uso y/o divulgación del PHI. ___ Si o ___ No

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

De estar representado legalmente, firme al fondo e indique relación y autoridad para proceder e incluya el documento de autoridad.

REPRESENTANTE LEGAL: _____ FECHA: _____

RELACIÓN: _____

TESTIGO: _____ FECHA: _____



2181