

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE 2024

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____

Nombre que se usó cuando se proporcionó el tratamiento (si es diferente al de arriba): _____

**SELECCIONE LA OPCIÓN QUE DESCRIBA MEJOR QUÉ INFORMACIÓN DE SALUD
PROTEGIDA QUIERE COMPARTIR**

- Registros médicos y información **verbal** que se comparta entre HRCHC y otra entidad identificada, otro familiar, amigo, tutor, el paciente mismo u otro representante.
- Información verbal **únicamente** que se comparta con un familiar, amigo, tutor u otro representante.

No se requiere permiso para programar citas.

Otorgo permiso para:

DAR mi información de atención médica a: _____ **RECIBIR** mi información de atención médica de: _____

Nombre de la persona o la entidad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Motivo de la divulgación (seleccione todas las opciones que correspondan):

Uso personal Motivos legales Transferencia de la atención Coordinación de atención

Otro: _____

Identifique qué registros médicos o permisos verbales deben incluirse en la información de salud protegida:

Notas de visitas al consultorio Resultados de laboratorio/patología Resultados de imágenes

Documentos del hospital Informes de consultores Registros de salud del comportamiento de HRCHC

Vacunas Diagnósticos Registros odontológicos: notas e imágenes Otros: _____

Registros entre estas fechas: Desde: Hasta:

O

Registros médicos completos (HRCHC divulgará registros médicos físicos o digitales durante al menos 3 años, salvo que se especifiquen otras fechas arriba).

Seleccione aquí si quiere revisar los registros antes de que se divulguen. Programe una cita para ver los registros en nuestra oficina antes de que se divulguen.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE 2024

Nombre: _____ **Fecha de nac.:** _____

Si me diagnosticaron o trataron lo siguiente, entiendo que HealthReach Community Health Centers necesita mi consentimiento específico. Indique si **AUTORIZA** o **NO AUTORIZA** la divulgación de información de salud protegida para cada una de las siguientes opciones colocando sus iniciales en la casilla correspondiente.

AUTORIZO	NO AUTORIZO	Autorizo a divulgar la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de REGISTROS DE PROGRAMAS DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS E INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA PARTE 2 DEL TÍTULO 42 DEL CÓDIGO DE REGLAMENTACIONES FEDERALES (C.F.R.) .
Iniciales	Iniciales	
AUTORIZO	NO AUTORIZO	Autorizo la divulgación de PHI sobre tratamientos fuera de SALUD MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO de HRCHC. Entiendo que tengo derecho a revisar los registros médicos que contengan PHI relacionada con mi salud mental y del comportamiento, en poder de centros o agencias de salud mental con licencia, en cualquier momento razonable antes de decidir autorizar la divulgación en este formulario.
Iniciales	Iniciales	
AUTORIZO	NO AUTORIZO	Autorizo la divulgación de INFORMACIÓN DE VIH, INCLUIDOS resultados de pruebas. Entiendo que hay posibles riesgos asociados con la divulgación de información de VIH, incluidos, entre otros, discriminación y cambios en los vínculos familiares y sociales.
Iniciales	Iniciales	

Entiendo lo siguiente:

- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento completando un formulario de revocación disponible en el centro de salud. Sin embargo, ninguna persona que haya usado información proporcionada o recibida en virtud del permiso original incurrirá en violación de mi derecho a la confidencialidad de mi información médica. Asimismo, la decisión de retirar mi consentimiento a proporcionar registros puede causar la denegación de beneficios médicos o cobertura o beneficios de seguro, u otros eventos adversos.
- Puedo negarme a divulgar la totalidad o parte de mis registros. Pero, si lo hago, podría dar lugar a un diagnóstico o tratamiento inapropiado, la denegación de cobertura o una reclamación de beneficios médicos u otro seguro, u otras consecuencias adversas. Los registros parciales o incompletos se etiquetarán como tales para informar el estado al proveedor que los reciba. El centro de salud no retendrá el tratamiento si otorgo este formulario de permiso o retiro mi consentimiento para divulgar información de salud protegida.
- Tengo derecho a una copia de este formulario de permiso.
- Existe la posibilidad de que la información revelada en virtud de esta autorización vuelva a ser divulgada por personas o entidades que la reciban y que, como resultado, la información ya no se pueda proteger.
- Permito que HRCHC use este formulario para hacer divulgaciones adicionales de la información permitida por este formulario.

Este formulario **vencerá en un año** a partir de la fecha en que se firma, a menos que revoque mi permiso con anterioridad o proporcione una fecha de vencimiento anterior aquí:

Yo, el que suscribe, por el presente autorizo a HealthReach Community Health Centers y a los empleados o agentes designados a revelar/obtener/analizar información médica de mis registros de salud.

Firma del paciente/representante autorizado

Fecha

Relación

Nombre en letra de imprenta: _____ N.º de teléfono: _____

*** La firma de un representante autorizado certifica ante HRCHC que esa persona tiene la facultad legal indicada para autorizar la divulgación de la información y los registros del paciente en nombre de él.

Si esta autorización permite la divulgación de información sobre programas de trastornos por uso de sustancias, protegida por la parte 2 del título 42 del C.F.R.:

Aviso para el destinatario de la prohibición de una nueva divulgación: Esta información le fue revelada a partir de registros protegidos por las normas de confidencialidad federales (parte 2 del título 42 del CFR). Las normas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de la información de este registro que identifique que un paciente tiene o tuvo un trastorno por uso de sustancias, ya sea directamente mediante referencia de información disponible públicamente, o mediante la verificación de dicha información por parte de otra persona, a menos que una divulgación adicional se permita expresamente a través del consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permita la parte 2 del título 42 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito (consulte la sección 2.31). Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente con respecto a un delito a pacientes con un trastorno por uso de sustancias, excepto por lo dispuesto en las secciones 2.12(c)(5) y 2.65.