

Autorización y Consentimiento para la divulgación de Información Protegida sobre Salud (PHI, por sus siglas en inglés)

SECCIÓN A: ¿Quién solicita autorización?

Nombre del paciente	Nombre(s) anterior(es), si corresponde
Dirección	XXX-XX- _____
Ciudad	Número de Seguro Social <i>(solo los últimos 4 dígitos)</i>
Estado	Código de área y número de teléfono
Código postal	Fecha de nacimiento <i>(Mes/ Día/ Año)</i>

SECCIÓN B: ¿Quién proporcionará esta información?
(Entidad de Vidant Health, dirección y teléfono)

SECCIÓN C: ¿Quién recibirá esta información?

Nombre/Dpto.: _____

Dirección: _____

SECCIÓN D: ¿Cómo se enviará/recibirá el consentimiento?

Enviar a la dirección de la Sección C Recoger

MyChart. Si le ha dado acceso como apoderado a MyChart a otros, su(s) apoderado(s) no podrán ver la información a menos que usted apunte los nombres de los apoderados que desea que puedan verla:

Correo electrónico:
Se han comunicado los riesgos relacionados con la transmisión electrónica de Información Médica Protegida.

SECCIÓN E: Describir el motivo de la solicitud.

Abogado/Legal Atención continua

Uso personal Seguro

Otro: _____

SECCIÓN F: Describir la Información Protegida sobre Salud específica a ser utilizada o divulgada, incluyendo la(s) fecha(s):

Notas de psicoterapia para la(s) fecha(s) _____ *Si la casilla está marcada, se debe completar un formulario de autorización aparte para poder autorizar la divulgación de cualquier otro tipo de información protegida sobre salud (PHI, por sus siglas en inglés).*

<input type="checkbox"/> Totalidad del expediente de tratamiento	Fecha(s): _____
<input type="checkbox"/> Estados de cuentas	Fecha(s): _____
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	Fecha(s): _____
<input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico (rayos X, etc.)	Fecha(s): _____
<input type="checkbox"/> Otro (describir): _____	Fecha(s): _____

SECCIÓN G: Al firmar a continuación afirmo mi entendimiento que:

- Esta autorización es voluntaria. El tratamiento o pago no será afectado si no firmo este formulario, excepto según lo disponga la ley.
- Entiendo que la información divulgada puede estar relacionada con el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o con el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) Infección, atención psiquiátrica y/o evaluación psicológica, y tratamiento para abuso de alcohol y/o drogas. También comprendo que la información puede ser nuevamente divulgada por parte del destinatario, en dicho caso ya puede no estar protegida bajo la Ley de Privacidad HIPAA.
- Puedo revocar mi autorización en cualquier momento notificando por escrito a la entidad indicada en la Sección B, pero si revoco esta autorización no tendrá ningún efecto sobre cualesquier acciones que la entidad pueda haber tomado antes de recibir la revocación.

SECCIÓN H: Expiración y revocación

Esta autorización expirará (marcar uno): el (ingresa fecha): _____ **O** (escribir el evento o la fecha): _____

SECCIÓN I: Firma

Por medio del presente autorizo el uso o la divulgación de la Información Protegida sobre Salud (PHI, por sus siglas en inglés) según se describió anteriormente.

Firma del paciente O representante personal del paciente	Fecha (Mes/ Día/ Año)	Hora
Signature of individual releasing requested PHI <i>(Firma de la persona que divulga la PHI solicitada)</i>	Print Name of individual releasing PHI <i>(Nombre en letra de molde de la persona que divulga PHI solicitada)</i>	

SECCIÓN J: Si la Sección I está firmada por un Representante Personal, favor de completar la información a continuación:

Nombre del representante en letra de molde: _____ Relación con el paciente: _____

Firma de la persona que verifica la autoridad del representante: _____

Nombre en letra de molde de la persona que verifica la autoridad del representante: _____

