

Authorization for Release of Information Form - Spanish

Sección A: Esta sección debe completarse para todas las autorizaciones

Nombre del paciente:	Nombre del destinatario:		
Teléfono del paciente:	Dirección del destinatario:		
Fecha de nacimiento:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Últimos 4 dígitos SSN (opcional)	Teléfono del destinatario:	Número de fax del proveedor: (FAX solo al medico oficina / centro médico)	
Solicita fechas de servicio:	Correo electrónico (para comunicaciones al correo electrónico):		
Nombre(s) y direcciones del centro:	Propósito de la divulgación: <input type="checkbox"/> A solicitud del individuo; u <input type="checkbox"/> Otro tercero destinatario (especifique propósito):		

Solicitud de entrega (Si se deja en blanco, se proporcionará una copia en papel): Copia en papel Medios electrónicos, si están disponibles Correo electrónico encriptado Correo electrónico no encriptado Existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pueda ver su información sin su consentimiento al recibir medios electrónicos o correo electrónico no encriptado. No nos hacemos responsables del acceso no autorizado a la PHI (información médica protegida) contenida en este formulario ni de los riesgos (por ejemplo, virus) que puedan introducirse en su computadora/dispositivo al recibir la PHI en formato electrónico o por correo electrónico. **Nota:** En el caso de que el centro no pueda acomodar una entrega electrónica como se solicita, se proporcionará un método de entrega alternativo (por ejemplo, una copia en papel).

Esta autorización caducará después de 180 días o en la opción siguiente (por favor, elija una sola):

Fecha de caducidad: **Evento de caducidad:**

¿Es esta una solicitud de notas de psicoterapia? No, entonces puede marcar todos los Artículos que necesite.
 Sí, entonces éste es el único artículo que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para los demás Artículos que figuran abajo.

Descripción de la información que se utilizará o divulgará

<input type="checkbox"/> Todos los registros pertinentes incluyen los que se enumeran a continuación	Otros registros:
<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Instrucciones de alta
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Registro de trabajo de parto y parto
<input type="checkbox"/> Informe de emergencias	<input type="checkbox"/> Prueba / Tratamiento de especialidad
<input type="checkbox"/> Informe de ECG	<input type="checkbox"/> Órdenes médicas
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Notas de progreso
<input type="checkbox"/> Informe clínico / de laboratorio	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos	
<input type="checkbox"/> Informe quirúrgico	
<input type="checkbox"/> Informe de patología	
<input type="checkbox"/> Lista de problemas	
<input type="checkbox"/> Informe de radiología	

Para las solicitudes de distribución de USCDI: incluir todos los elementos definidos en los Datos Básicos de Estados Unidos para la Interoperabilidad. Requiere dirección directa o identificador nacional de proveedor. Se proveerá todo tipo de información que se encuentre en los registros seleccionados anteriormente (si corresponde), incluida información que pueda considerarse sensible, como la relativa a alcohol, abuso de drogas, información genética, psiquiátrica, pruebas de VIH, resultados de VIH o información sobre SIDA. Especifique toda la información que desee excluir:

- Entiendo que:
1. Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria.
 2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.
 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones realizadas antes de recibir la revocación. Puede encontrar más detalles en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
 4. Si el destinatario no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas federales de privacidad y que se vuelva a divulgar.
 5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, a cambio de una tarifa razonable, si la solicito.
 6. Recibo una copia de este formulario después de firmarlo.

Sección B: ¿La solicitud de PHI tiene como objetivo la comercialización y/o implica la venta de PHI? Sí No

Si la respuesta es sí, el plan de salud o el proveedor de atención médica debe completar la Sección B; de lo contrario, pase a la Sección C.

¿Recibirá el proveedor una remuneración económica a cambio de utilizar o divulgar esta información?
Si la respuesta es sí, descríbala:

¿Puede el destinatario de la PHI intercambiar posteriormente la información a cambio de una remuneración económica? Sí No

Sección C: Firmas

He leído y autorizo la divulgación de la información médica protegida tal como se indica.

Firma del paciente/representante del paciente:	Fecha:
Nombre del representante del paciente en imprenta:	Relación con el paciente:

ID verified by: _____ (Initials)