

<b>Sección A: Esta sección debe completarse para todas las autorizaciones</b>					
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	Teléfono del paciente:	Últimos 4 dígitos SSN (opcional)	
Línea de servicio de CarePartners: <input type="checkbox"/> Domiciliario de Salud <input type="checkbox"/> Hospicio <input type="checkbox"/> PACE <input type="checkbox"/> Cuidados Paliativos <input type="checkbox"/> Servicio Privado <input type="checkbox"/> Otro _____					
Dirección del proveedor de CarePartners:					
Nombre del destinatario/centro:			Teléfono del destinatario:		
Dirección 1:			Número de fax del proveedor:		
Dirección 2:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Solicitud de entrega (Si se deja en blanco, se proporcionará una copia en papel): <input type="checkbox"/> Copia en papel <input type="checkbox"/> Medios electrónicos, si están disponibles <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Buscar en persona <input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado <input type="checkbox"/> Correo electrónico no encriptado <b>Nota:</b> 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). 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.					
<b>Dirección de Correo Electrónico:</b> (si marcó la opción de correo electrónico anteriormente. Por favor escriba con letra clara)					
Esta autorización caducará después de 180 días o en la opción siguiente (por favor, elija una sola):					
<b>Fecha de caducidad:</b> _____ <b>Evento de caducidad:</b> _____					
<b>Motivo de la divulgación:</b> <input type="checkbox"/> A petición de la persona; o <input type="checkbox"/> Otro tercero destinatario (especifique propósito): _____					
<b>Descripción de la información que se utilizará o divulgará</b>					
¿Es esta una solicitud de notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, entonces éste es el único artículo que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para los demás Artículos que figuran abajo. <input type="checkbox"/> No, entonces puede marcar todos los Artículos que necesite.					
<b>Descripción:</b>	<b>Fecha(s):</b>	<b>Descripción:</b>	<b>Fecha(s):</b>	<b>Descripción:</b>	<b>Fecha(s):</b>
<input type="checkbox"/> Toda la PHI en la historia clínica	_____	<input type="checkbox"/> Evaluaciones	_____	<input type="checkbox"/> Factura detallada: _____	_____
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	_____	<input type="checkbox"/> Planes de tratamiento (POT/Certificación/Plan de atención)	_____	<input type="checkbox"/> UB-04: _____	_____
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	_____	<input type="checkbox"/> Pedidos de proveedores	_____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____
<input type="checkbox"/> Progreso médico/notas de visita	_____	<input type="checkbox"/> Notas de tratamiento/visita	_____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	_____	<input type="checkbox"/> Terapia/Clínica Resúmenes	_____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____
<input type="checkbox"/> Informe de radiología	_____	<input type="checkbox"/> Enfermería/Clínica Resúmenes	_____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____
<b>Para las solicitudes de distribución de USCDI:</b> 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.					
<b>Sección B: ¿La solicitud de PHI tiene como objetivo la comercialización y/o implica la venta de PHI?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 destinatario una remuneración económica a cambio de utilizar o divulgar esta información?					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, descríbala: _____					
¿Puede el destinatario de la PHI intercambiar posteriormente la información a cambio de una remuneración económica?					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Sección C: Firmas</b>					
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)					

DO NOT WRITE IN MARGIN

DO NOT WRITE IN MARGIN

CCP-04640-115-0523-S



**Authorization for Access, Use,  
or Disclosure of Protected  
Health Information  
(Spanish)**

