

AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Para divulgar la información médica personal de:

Nombre del paciente: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Divulgada a: Destinatario: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Divulgada por: Entidad divulgadora: _____ Teléfono: _____

El propósito de esta divulgación es: A petición del particular Otro: _____
 Las fechas de atención al paciente cubiertas por esta autorización son: _____

Divulgar la siguiente información:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informe(s) de patología | <input type="checkbox"/> Registro(s) de emergencia | <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) de radiología | <input type="checkbox"/> Extracto de facturación detallado | <input type="checkbox"/> Consulta(s) | <input type="checkbox"/> Informe(s) de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) operativos | <input type="checkbox"/> Informe(s) de cardiología | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Plan(es) de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Otros registros, especificar: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Historial médico completo (excepto registros relacionados con información altamente confidencial) | | | |

Autorización de divulgación de información altamente confidencial:

Al marcar cualquiera de las casillas junto a una de las categorías de información altamente confidencial que se detallan a continuación, autorizo específicamente el uso o la divulgación de la categoría de información altamente confidencial indicada junto a la casilla:

(Marque todas las opciones que correspondan; si deja una casilla sin marcar puede ocasionar que no se divulgue información para ningún propósito).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental o discapacidad del desarrollo | <input type="checkbox"/> Abuso de un adulto con discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (ETS) | <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas |
| <input type="checkbox"/> Agresión sexual | <input type="checkbox"/> Pruebas o tratamiento de VIH/SIDA (incluido el hecho de que se ordenó, realizó o informó una prueba de VIH, independientemente de que los resultados de tales pruebas hayan sido positivos o negativos) |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (es decir, alcohol o drogas) | |
| <input type="checkbox"/> Abuso y negligencia infantiles | |

Esta autorización permanecerá en vigor:

- Desde la fecha de esta autorización hasta: _____
 Hasta que la entidad divulgadora cumpla con la solicitud o 120 días a partir de la fecha de firma de esta autorización, lo que ocurra primero.

Comprendo lo siguiente:

- La información divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales y de Illinois aplicables.
- Puedo negarme a firmar esta autorización por cualquier motivo, y la entidad divulgadora no puede condicionar mi tratamiento al hecho de que yo firme esta autorización, a menos que mi tratamiento esté relacionado con la investigación o que deba recibir atención médica únicamente con el propósito de crear información médica protegida para divulgación al destinatario identificado en esta autorización.
- Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. La revocación entrará en vigencia inmediatamente excepto para las acciones tomadas por la entidad divulgadora en base a esta autorización antes de recibir la notificación de revocación por escrito.
- Puedo comunicarme con el Departamento de Administración de Información de Salud del Decatur Memorial Hospital al 217-876-2500 o con la Oficina de Privacidad del Memorial Health (MH) por correo a MH Privacy Officer, 701 N. First St., Springfield, Illinois 62781-0001; por teléfono al 217-757-7753 o a través de la Línea de Alerta de Privacidad y Cumplimiento al 800-541-9331; o por correo electrónico a himroi@mhsil.com.

He leído y entiendo los términos de esta autorización y, por la presente, autorizo a la entidad divulgadora mencionada arriba, consciente y voluntariamente, a usar o divulgar mi información médica de la manera descrita anteriormente.

Firma del paciente o representante legal

Fecha y hora

Si está firmado por un representante legal, relación con el paciente: _____



AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Entiendo que, una vez que la entidad divulgadora divulga mi información médica al destinatario, la entidad divulgadora no puede garantizar que el destinatario no volverá a divulgar mi información médica a un tercero. Es posible que el tercero no esté obligado a acatar esta autorización o las leyes federales y del estado de Illinois aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información médica.

Entiendo que la entidad divulgadora puede, directa o indirectamente, recibir una remuneración de un tercero en relación con el uso o la divulgación de mi información médica.

Entiendo que la entidad divulgadora puede denegar esta solicitud en circunstancias limitadas según lo dispuesto por las leyes federales y del estado de Illinois que protegen la privacidad de la información médica. Además entiendo que, excepto según lo permita la ley aplicable, tengo derecho a que una denegación de mi solicitud sea revisada por un médico autorizado seleccionado por la entidad divulgadora que no haya participado en la decisión de la entidad divulgadora de denegar mi solicitud.

Entiendo que puedo, en cualquier momento, hacer una solicitud por escrito a la entidad divulgadora para que inspeccione u obtenga una copia de mi información médica, y que la entidad divulgadora, dentro de los treinta (30) días de haber recibido tal solicitud por escrito, concederá la solicitud y se comunicará conmigo para concertar un horario conveniente para inspeccionar o copiar mi información médica o me proporcionará una denegación por escrito de la solicitud que indique la base de la denegación, mis derechos de revisión (si corresponde) e instrucciones sobre cómo y ante quién puedo presentar una queja con respecto a la denegación.

Entiendo que puedo negarme a firmar o revocar (en cualquier momento) esta autorización por cualquier motivo, y que dicho rechazo o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en Memorial Health System; excepto, sin embargo, si mi tratamiento en Memorial Health System tiene el único propósito de crear información médica para divulgarla al destinatario identificado en esta autorización, en cuyo caso Memorial Health System puede negarse a tratarme si no firmo esta autorización.

Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que expire el plazo de esta autorización o yo proporcione un aviso por escrito de revocación al Departamento de Divulgación de Registros de la entidad divulgadora. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que la entidad divulgadora reciba mi notificación por escrito, excepto para las acciones tomadas por la entidad divulgadora en base a esta autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Puedo comunicarme con el Departamento de Administración de Información de Salud del Decatur Memorial Hospital al 217-876-2500 o con la Oficina de Privacidad del MH por correo a MH Privacy Officer, 701 N. First St., Springfield, Illinois 62781-0001; por teléfono al 217-757-7753 o a través de la Línea de Alerta de Privacidad y Cumplimiento al 800-541-9331; o por correo electrónico a himroi@mhsil.com.