

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Al completar este documento autoriza la divulgación o el uso de la información sobre su salud. Es posible que esta autorización quede anulada si no se incluye *toda* la información solicitada.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otros nombres utilizados: _____ Número de teléfono: _____

N.º de cuenta o de registro médico: _____
(solo para uso del hospital)

AUTORIZO A: _____
(Centro u otro proveedor)

A DIVULGAR A: _____
(Personas u organizaciones autorizadas a **recibir** la información)

en las siguientes direcciones: _____
(calle, ciudad, estado y código postal)

la siguiente información que se encuentra en los registros que se especifican a continuación (marque la casilla y coloque sus iniciales en las líneas correspondientes que figuran a continuación):

_____ Registros sobre salud mental o tratamientos de discapacidades de desarrollo
(no incluye las "notas de psicoterapia")

_____ Registros sobre tratamientos de abuso de sustancias

_____ Resultados de análisis de VIH (esta autorización solo incluye la divulgación de los resultados de los análisis de laboratorio.

Tenga en cuenta que sus registros pueden incluir información relacionada con su estado de VIH incluso si no coloca sus iniciales en esta línea.

LOS SIGUIENTE REGISTROS, (no aplican para el Centro para Pacientes en línea) tipos específicos de información de salud o registros de las fechas del tratamiento según se especifique (marque las casillas que correspondan):

Registros de facturación

Informes de consulta

Resumen de alta

Informes de la sala de emergencias

Antecedentes y exámenes físicos

Pruebas de laboratorio

Informes de

procedimientos

Notas de progreso

Informes de radiografías

Documento de continuidad de la atención

Resumen clínico

Fechas: _____

Otros: _____



Dignity Health
St. Joseph's Hospital and
Medical Center

**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**



ROI

X-MR-4862S PAGE 1 OF 3 (09/18)

Patient Label

TODOS LOS REGISTROS (no se aplica al Centro para Pacientes en línea) acerca de mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria.

Nota: Se requiere una autorización por separado para el uso o la divulgación de las notas de psicoterapia o de la información médica para investigación.

CENTRO PARA PACIENTES EN LÍNEA/PORTAL PARA PACIENTES

Dirección de correo electrónico: _____

OBJETIVO: El objetivo y las limitaciones (si las hubiera) del uso o la divulgación solicitados es:

A solicitud del paciente o del representante personal; *U*

Otros: _____

VENCIMIENTO:

1. SOLICITUDES DE REGISTROS MÉDICOS (no se aplica al Centro para Pacientes en línea):

Esta autorización vencerá de forma automática un (1) año después de la fecha de ejecución, a menos que se especifique aquí una fecha de vencimiento diferente:

(Insertar fecha)

2. CENTRO PARA PACIENTES EN LÍNEA/PORTAL PARA PACIENTES: Esta autorización para

la divulgación a través del Centro para Pacientes en línea tendrá vigencia durante 10 años o hasta que se revoque de acuerdo con las instrucciones que se explican a continuación debajo del título MIS DERECHOS.

MIS DERECHOS:

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi oportunidad de obtener tratamiento o pago, o mi elegibilidad para los beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviar la carta a la siguiente dirección: St. Joseph's Hospital and Medical Center, Atención: Privacy Officer, 350 West Thomas Road, Phoenix AZ 85013

Mi revocación entrará en vigencia una vez recibida, excepto en la medida en que otros hayan actuado conforme a esta autorización.

- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

El destinatario de la información divulgada en conformidad con esta autorización podría volver a divulgarla. La nueva divulgación no siempre está protegida por las leyes de California y es posible que ya no esté protegida por la ley federal sobre confidencialidad (HIPAA). Si esta autorización es para la divulgación de información sobre el abuso de sustancias, se puede prohibir que el destinatario divulgue la información de conformidad con 42 C.F.R. parte 2.



Dignity Health
St. Joseph's Hospital and
Medical Center

**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**



ROI
X-MR-4862S PAGE 2 OF 3 (09/18)

Patient Label

FIRMA: _____ Fecha: _____
(Paciente o representante personal)

Nombre en letra de imprenta del representante personal Relación con el paciente

Identificación del paciente/representante verificada. *Iniciales:* _____ *Departamento:* _____

Nota: Si la información sobre el **tratamiento de abuso de sustancias** está protegida por las normas federales de confidencialidad (Título 42, parte 2 del C.F.R.), se deben proporcionar al receptor de la información las siguientes declaraciones sobre la prohibición de volver a divulgarla:

Las reglamentaciones federales prohíben al destinatario realizar cualquier divulgación posterior de la información, a menos que se permita expresamente la divulgación posterior a través de un consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece la información, o que se permita de otra manera de conformidad con el Título 42, parte 2 del C.F.R. Una autorización general para la divulgación de la información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglamentaciones federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por el abuso de drogas o alcohol.



Dignity Health™
St. Joseph's Hospital and
Medical Center

**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**



ROI

Patient Label