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.
Si no proporciona *toda* la información solicitada, es posible que esta autorización carezca de validez.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otros nombres que use: _____ Número de teléfono: _____

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

AUTORIZO A: _____
(Centro u otro proveedor)

A DIVULGAR LA INFORMACIÓN A: _____
(Personas/organizaciones autorizadas a ***recibir*** la información)

en la siguientes direcciones: _____
(Calle, ciudad, estado y código postal)

Información confidencial: La información divulgada puede incluir lo siguiente (coloque sus iniciales en las líneas correspondientes a continuación):

_____ Salud mental (excluye las "notas de psicoterapia")
_____ Registros sobre tratamiento de abuso de sustancias
_____ Información sobre pruebas genéticas
_____ Información relacionada con el VIH y enfermedades contagiosas

❑ **LOS SIGUIENTES REGISTROS**, tipos específicos de información de salud o registros de las fechas del tratamiento según se especifique (marque las casillas que correspondan):

❑ Información pertinente (todos los informes dictados, pruebas especializadas, pruebas de laboratorio, radiografías, informes de ruta)

❑ Registros de facturación
❑ Informes de emergencia
❑ Informes de procedimientos
❑ Informes de consultas
❑ Antecedentes y exámenes médicos
❑ Informes de radiografías
❑ Pruebas de laboratorio
❑ Informes de patología
❑ Pruebas especializadas (ECG, etc.)
❑ Resumen del alta

Fechas: _____

Otros: _____

❑ **TODOS LOS REGISTROS (no se aplica al Centro de 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 DE PACIENTES EN LÍNEA/PORTAL PARA PACIENTES**
Dirección de correo electrónico: _____

Dignity Health.
A member of CommonSpirit

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (AUTHORIZATION OF PHI)

Patient Identification

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

- ❑ A pedido del paciente o del representante personal; **U**
- ❑ Otro: _____

VENCIMIENTO:

1. **SOLICITUDES DE REGISTROS MÉDICOS (no se aplica al Centro de Paciente 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 DE PACIENTES EN LÍNEA/PORTAL PARA PACIENTES:** Esta autorización para la divulgación a través del Centro de 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. Si me niego, no afectará mi capacidad para obtener el tratamiento o el pago, o la elegibilidad para recibir beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviar la revocación a la siguiente dirección: Facility Privacy Officer
  St. Rose Dominican Hospital- Sienna Campus
  3001 St. Rose Parkway, Henderson, NV 89502

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

El destinatario de la información divulgada en conformidad con esta autorización podría volver a divulgarla. Dicha divulgación posterior no podrá estar protegida por la ley federal de 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.

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 reglamentaciones federales de confidencialidad (42 C.F.R. parte 2), se debe proporcionar la siguiente prohibición de declaraciones de divulgaciones posteriores al destinatario de la información:

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 42 C.F.R. parte 2. 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.