

DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, FECHA Y FIRME

I. Por medio de mi firma a continuación, autorizo la divulgación de los siguientes expedientes médicos del individuo conforme a los párrafos II, III, IV, V y VI

Nombre (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono # _____ Número de Seguro Social _____

II. Y debe ser proporcionada a:

La información debe ser divulgada por:

NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN/INSTALACIÓN	NOMBRE DE LA PERSON/ORGANIZACION/INSTALACIÓN
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN
CIUDAD/ESTADO	CIUDAD/ESTADO

III. El propósito o necesidad de esta divulgación es:

- Atención médica adicional Abogado Escuela Investigación
 Uso personal Seguro Discapacidad Otro (Especifique) _____

IV. La información a divulgar de mi expediente de salud: (marque la(s) casilla(s) apropiada(s))

- Solo la información relacionada con (especifique) _____
 Para las fechas desde _____ hasta _____
 Otro (especifique) (CHS, Facturación, etc.) _____
 Expediente completo

La siguiente información confidencial NO será divulgada a menos que se marquen la(s) casilla(s) correspondiente(s):

- Tratamiento/Derivación por Abuso de Alcohol/Drogas Tratamiento Relacionado con VIH/SIDA
 Enfermedades de Transmisión Sexual Salud Mental (Excepto Notas de Psicoterapia)
 Solo Notas de Psicoterapia (al marcar esta casilla, renuncio a cualquier privilegio psicoterapeuta-paciente)

V. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito presentada en cualquier momento al Departamento de Gestión de Información de Salud de CHNWF, excepto en la medida en que se haya tomado alguna acción basada en esta autorización. Si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro o una póliza de seguro, . 1.

La autorización es valida por 12 meses, despues de 12 meses ,una neuva autorización es necesaria. Esta autorizacion es valida para servicios desde la fech del a autorizacion y servicios previos.

VI. Enviar expedientes por: Fax a: _____ Correo postal a: _____
 SOLO UNA Correo electrónico: _____ Recogido por: Nombre _____

Entiendo que CHNWF no condicionará el tratamiento o la elegibilidad para recibir atención a que yo proporcione esta autorización, excepto si dicha atención es: (1) relacionada con investigación o (2) proporcionada únicamente con el propósito de crear Información de Salud Protegida para divulgarla a un tercero.

Entiendo que la información divulgada mediante esta autorización, a excepción del Abuso de Alcohol y Drogas según se define en 42 CFR Parte 2, puede estar sujeta a redivulgación por parte del receptor y puede dejar de estar protegida por la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) [45 CFR Parte 164] y la Ley de Privacidad de 1974 [5 USC 552a].

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL (Indique relación con el paciente)	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO (Si la firma del paciente es una huella digital o marca)	FECHA

Esta información se divulga para el propósito indicado y no puede ser utilizada por el receptor para ningún otro propósito. Cualquier persona que a sabiendas y deliberadamente solicite u obtenga cualquier registro sobre un individuo de una agencia federal bajo pretextos falsos será culpable de un delito menor (5 USC 552a(i)(3)).

Instrucciones para completar el formulario CHNWF
AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

1. Escriba en letra de molde en todos los campos con tinta permanente oscura.
2. Sección I: escriba su nombre o el nombre del paciente cuya información debe ser divulgada.
3. Sección II: escriba el nombre y la dirección de la instalación que divulga la información. Proporcione también el nombre de la persona, la instalación y la dirección que recibirá la información.
4. Sección III: indique el motivo por el que se necesita la información, por ejemplo, reclamación por discapacidad, atención médica continua, asuntos legales, proyectos de investigación, etc.
5. Sección IV: marque la casilla correspondiente según sea aplicable.
 - a. Solo información relacionada con — especifique diagnóstico, lesión, operaciones, terapias especiales, etc.
 - b. Solo el período de eventos desde — especifique el intervalo de fechas, por ejemplo, 1 de enero de 2002 al 1 de febrero de 2002.
 - c. Otro (especifique) — por ejemplo, CHS, Facturación, Salud del empleado.
 - d. Expediente completo — expediente completo incluyendo, si está autorizado, la información confidencial (tratamiento/derivación por abuso de alcohol y drogas, enfermedades de transmisión sexual, tratamiento relacionado con VIH/SIDA y salud mental que no sean notas de psicoterapia).
 - e. PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE TRATAMIENTO/DERIVACIÓN POR ABUSO DE ALCOHOL/DROGAS, TRATAMIENTO RELACIONADO CON VIH/SIDA, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SALUD MENTAL (QUE NO SEAN NOTAS DE PSICOTERAPIA), EL PACIENTE DEBE MARCAR LA CASILLA O CASILLAS CORRESPONDIENTES.**
 - f. Solo Notas de Psicoterapia — PARA AUTORIZAR EL USO O DIVULGACIÓN DE NOTAS DE PSICOTERAPIA, SOLO SE DEBE MARCAR ESTA CASILLA EN ESTE FORMULARIO. LAS AUTORIZACIONES PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE OTRA INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE DE SALUD NO PUEDEN COMBINARSE CON AUTORIZACIONES RELACIONADAS CON NOTAS DE PSICOTERAPIA.**
SI SE MARCA ESTA CASILLA JUNTO CON OTRAS CASILLAS, SE REQUERIRÁ OTRA AUTORIZACIÓN PARA AUTORIZAR EL USO O DIVULGACIÓN DE LAS NOTAS DE PSICOTERAPIA ÚNICAMENTE.

Las notas de psicoterapia a menudo se denominan notas de proceso, distinguibles de las notas de progreso en el expediente médico. Estas notas capturan las impresiones sobre el paciente, contienen detalles de la conversación de psicoterapia que se consideran inapropiados para el expediente médico y son utilizadas por el proveedor para sesiones futuras. Estas notas a menudo se guardan por separado para limitar el acceso porque contienen información confidencial relevante solo para el proveedor tratante.
6. Sección V: La autorización termina al momento de la divulgación de los expedientes solicitados en este formulario.
7. Sección V: Por favor firme (o marque) y feche.
8. Se le proporcionará una copia del formulario CHNWF completado.
9. Una copia de esta solicitud se colocará en el expediente médico del paciente.