UNO POR PETICIÓN

Health Ministries Clinic
COMMUNITY HEALTH CENTER

Health Ministries Clinic
720 Medical Center Drive
Newton, KS 67114
Tel: (316) 283-6103
Fax: (316) 283-1333

Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida (PHI)

SECCIÓN 1 – Demográficos del paciente

Nombre | Inicial | Apellido | Fecha de nacimiento

Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente al de arriba)

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

SECCIÓN 2 – Identificación de la Entidad/Personas / Clase de Personas autorizadas para recibir PHI

Divulgar Información DE:

☐ **Health Ministries Clinic**

Hospital o Clínica: _____

Nombre: _____

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Teléfono | Fax

Divulgar Información A:

☐ **Health Ministries Clinic**

Hospital o Clinica: _____

Nombre: _____

Direccón | Ciudad | Estado | Código postal

Teléfono | Fax

SECCIÓN 3 – El propósito de esta divulgación:

☐ Continuación de Atención Medica ☐ Litigios
☐ Discapacidad ☐ Cambio de Proveedores
☐ Seguros ☐ Otros

Especifique las fechas del tratamiento: ___/___/_____ **a** ___/___/_____

SECCIÓN 4 – Descripción de la información que se utilizará o divulgará:

☐ **Todos los Registros Pertinentes, incluidos abajo**:

☐ Colonoscopia ☐ Última visita a la oficina
☐ Imágenes dentales ☐ Mamografía
☐ Imágenes/Radiología ☐ Lista de medicamentos
☐ Inmunizaciones ☐ Optometría
☐ Reportes de Laboratorio

☐ **SÓLO la siguiente información especificada:** _____

_____

SECCIÓN 5– Expiración

Esta autorización permanecerá en efecto hasta la fecha de _____ (ocurrencia del evento especificado) el momento en que esta autorización para divulgar la información de salud identificada expira, pero no más tarde de un año a partir de la fecha indicada a continuación. **En caso de que se deje en blanco, la autorización permanecerá en efecto durante 60 días después de la fecha indicada a continuación. La información solicitada en mi historial médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre pruebas genéticas, servicios de salud conductual o mental y tratamiento del abuso de alcohol y drogas.**

SECCIÓN 6 – Declaración de Entendimiento

Yo, el abajo firmante, he leído lo anterior y autorizo la divulgación de dicha información médica según lo descrito.

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria y puedo rechazar firmarla.
- Tratamiento no está condicionado a la ejecución de esta autorización.
- Si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las normas federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a ser divulgada y dejar de estar protegida por dichas normas.
- Tengo derecho a inspeccionar la información de salud que he revelado para que sea utilizada o divulgada por este formulario de autorización.
- Si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre las divulgaciones ya realizadas en base a esta Autorización
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al proveer una notificación por escrito a la persona indicada a continuación, enviando por correo o entregando a mano una notificación por escrito a lo siguiente Privacy Officer, Health Ministries Clinic, 720 Medical Center Dr., Newton, KS 67114
- Autorizo el uso o la divulgación de la Información Médica Protegida como se describe. He recibido una copia de este formulario.
- Puede haber cargos por la preparación y el envío de copias de los registros, incluyendo un cargo por mano de obra y materiales de hasta $18.97 por petición, un cargo por copia de hasta $0.63 por las primeras 250 páginas y $0.45 por las páginas adicionales, y el costo razonable de todas las duplicaciones de los registros que no pueden ser duplicados rutinariamente en una máquina fotocopiadora estándar.

_____/_____/_____ _____

Fecha **Firma de la Persona o del Representante Legal de la Persona**

_____

Nombre Deletreado del Representante Legal **Relación** **Número de teléfono**