

Autorización para Revelar Información de Salud Protegida (PHI)

SECCIÓN 1 – Datos Demográficos Del Paciente

Nombre	Inicial	Apellido	
Apellido de Soltera u otro nombre usado		Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

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

Revelar Información DESDE:

Instalación: _____

Revelar Información A:

Instalación: _____

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Fax		Teléfono		Fax	

SECCIÓN 3 – Propósito

A solicitud del individuo, el propósito de esta revelación es:

- ☐ Continuación de Cuidados Médicos
☐ Cambio de Proveedores
☐ Otros: _____

SECCIÓN 4 – Marque la descripción de la Información de Salud Protegida que será revelada:

Registros Más Recientes (últimos 18 meses)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Bienestar/Exámenes Físicos | ☐ Imágenes | ☐ Mamografía |
| ☐ Examen de la Vista para Diabéticos | ☐ Inmunizaciones | ☐ Lista de Medicamentos |
| ☐ Reportes de Laboratorio | ☐ Colonoscopia | ☐ Otros |

☐ SOLO la información especificada: _____

Especifique las fechas del tratamiento: ____/____/____ a ____/____/____

SECCIÓN 5– Expiración

Esta autorización permanecerá en efecto hasta la fecha de _____ (o la ocurrencia de un evento específico) en cuyo momento esta autorización para revelar la información de salud identificada expira, pero a más tardar un año a partir de la fecha indicada abajo. Si se deja en blanco, la autorización permanecerá en efecto durante 60 días después de la fecha indicada abajo.

- ☐ No ☐ Si, Autorizo la revelación de información relacionada a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
☐ No ☐ Si, Autorizo la revelación de información relacionada a servicios de salud conductual o mental, y tratamiento del abuso de alcohol y drogas.
☐ No ☐ Si, Autorizo la revelación de información relacionada a la salud reproductiva.

SECCIÓN 6 – Declaración de Entendimiento

Yo, el abajo firmante, he leído lo anterior y autorizo la revelación de dicha información médica tal y como se describe. Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria y puedo rechazar firmarla.
- El 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 ser revelada de nuevo y deja de estar protegida por dichas normas.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la persona indicada a continuación, enviando por correo o entregando personalmente una notificación por escrito a la siguiente: Privacy Officer, Health Ministries Clinic, 720 Medical Center Dr., Newton, KS 67114
- Si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre las revelaciones ya realizadas en relación con esta Autorización.
- Autorizo el uso o la revelación de la Información Médica Protegida (PHI) según lo descrito arriba y puedo recibir una copia de este formulario.
- Pueden aplicarse 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 solicitud, 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 registros que no puedan duplicarse rutinariamente en una fotocopidora estándar.

Nombre Deletreado de la Persona o del Representante Legal

Fecha

Firma de la Persona o del Representante Legal

Relación con Paciente

Número de Teléfono