



Elevated Community Health

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Este formulario permite al paciente o a su representante legal autorizar la divulgación de información de salud protegida (PHI) de acuerdo con las normas de HIPAA hacia o desde un tercero. Dado que este es un documento legal, por favor léalo detenidamente y complete todas las secciones antes de firmarlo.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre (primer, segundo, apellido)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número telefónico de preferencia
Apellido anterior o de soltera, si procede.	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	

FINALIDAD O NECESIDAD DE ESTA DIVULGACIÓN	
☐ Atención médica adicional ☐ Abogado ☐ Discapacidad ☐ Uso personal ☐ Seguro ☐ Indemnización por accidente laboral ☐ Otro, especifique: _____	

FECHAS DE SERVICIO QUE SE PUBLICARÁN	
☐ El año pasado ☐ Último dos años ☐ Todas las fechas Fechas específicas DE: _____ A: _____	

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE:	DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA:
☐ Elevated Community Health Medical Records Department PO BOX 4337 Frisco, CO 80443 ☐ Otro (organización, departamento o persona) Nombre: _____ Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____	☐ Elevated Community Health Medical Records Department PO BOX 4337 Frisco, CO 80443 ☐ Otro (organización, departamento o persona) Nombre: _____ Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ DE MI EXPEDIENTE MÉDICO (MARQUE TODAS LAS CASILLAS APLICABLES)					
☐ Resúmenes de notas médicas	☐ Resúmenes de notas sobre salud conductual	☐ Resultados de laboratorio	☐ Resultados de laboratorio/tratamiento del VIH/SIDA	☐ Pruebas genéticas	☐ Infección de transmisión sexual
☐ Notas dentales	☐ Historia y examen físico	☐ Registros de vacunación	☐ Informes patológicos	☐ Electrocardiogramas	☐ Informes radiología/imagen(es)
☐ Otro, por favor especifique: _____				☐ Lista de medicamentos	☐ Información de facturación

MÉTODO PREFERIDO PARA LA ENTREGA DE LOS REGISTROS SOLICITADOS	
☐ Se enviará una copia impresa por correo postal a la dirección indicada anteriormente. ☐ El paciente o su tutor legal recogerán la copia impresa en ECH (se requiere identificación).	☐ Las copias de los registros solicitados se enviarán por fax al número indicado anteriormente. ☐ Se enviará una copia electrónica de los registros por correo electrónico a: _____

La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por la Ley Federal de Privacidad (42 CFR Parte 2) (HIPAA).

- Entiendo que Elevated Community Health (ECH) no condicionará el tratamiento a que yo firme o no esta autorización.
- Puedo solicitar una copia de la autorización firmada.
- Tengo derecho a inspeccionar y recibir una copia del material que se va a divulgar.

Como entidad sanitaria, las regulaciones HIPAA nos exigen cifrar nuestra correspondencia por correo electrónico para garantizar la confidencialidad. Si decide recibir nuestros correos electrónicos, se le pedirá que introduzca una contraseña antes de acceder a ellos. Le recomendamos que elija esta opción de comunicación solo si es consciente de los riesgos y los comprende.

• Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir los beneficios de ECH. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el riesgo de una re-divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de privacidad y/o confidencialidad.

➤ Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con la persona u organización autorizada que realiza la divulgación.

Entiendo que la información contenida en mi historial médico puede incluir datos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a través de la prestación general de asistencia sanitaria por parte de ECH.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a ECH. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar una reclamación en virtud de mi póliza.

Firma: _____ Nombre impreso: _____
(Paciente/Tutor legal) (Nombre impreso del paciente/tutor legal)

Dirección postal: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

ECH Staff: _____ Date: _____ Medical Record #: _____ Records Sent Date: _____