Autorización HIPPA para divulgar información del paciente

GoWell URGENT CARE

Nombre completo del paciente | **Fecha de nacimiento del paciente**

Domicilio | **Número de teléfono del paciente**

Ciudad, estado y código postal | **Cualquier otro nombre utilizado**

Solicito que mi proveedor comparta mi información de salud protegida (PHI) según se indica a continuación. En específico, solicito que mi PHI:

1. De los siguientes centros de atención y/o proveedores (anote todas las ubicaciones):

2. Se envíe a la siguiente persona/entidad en el domicilio indicado abajo: Teléfono

   Nombre

   Domicilio

   Ciudad Estado Código postal | Fax o correo electrónico para envío

3. Por la presente autorizo la divulgación de la siguiente información: ☐ Todo mi expediente médico ☐ Solo cartilla/registros de vacunación

   ☐ Solo fechas de servicio: _____ a _____ ☐ Solo información específica: _____

Información confidencial:
Salvo que se excluya más abajo, esta autorización incluye información relacionada con consumo de alcohol/sustancias, VIH/SIDA y tratamiento de salud mental. Las notas de psicoterapia nunca se incluyen.

☐ **FAVOR DE EXCLUIR** la siguiente información de esta autorización: _____

_____ **Firma:**_____

NOTAS:

1. SI SOLICITA QUE ENVIEMOS SOLO UNA PARTE DE SUS REGISTROS A UN PROVEEDOR TRATANTE, LE ENVIAREMOS SUS REGISTROS A USTED PARA QUE SE LOS ENTREGUE A SU PROVEEDOR; **NO ENVIAREMOS REGISTROS INCOMPLETOS DIRECTAMENTE A UN PROVEEDOR TRATANTE.**
2. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de mi PHI en la forma, formato y medio que solicite, si es posible producirla de esa manera, o según lo que acordemos. Si no especifico un formato abajo, entiendo que mi PHI se me enviará por correo a la dirección indicada arriba en formato físico (papel). Por la presente solicito que mi PHI se proporcione en el siguiente formato: ☐ mediante entrega electrónica segura; o ☐ otro (especifique): _____.
3. Si solicité que los registros se envíen sin cifrado, entiendo y reconozco los riesgos de enviar mi Información de Salud Protegida (PHI) de forma no segura.
4. Si solicité que me envíen los registros por correo postal, entiendo que se me cobrará el costo del papel y el envío. Si solicito mis registros en una memoria USB o dispositivo similar, se me cobrará el costo de ese dispositivo.
5. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por la(s) persona(s) o entidad que la reciba, y podría dejar de estar protegida por las normas federales de privacidad.
6. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi proveedor o a GoWell Urgent Care mi deseo de revocarla. Sin embargo, entiendo que cualquier acción que ya se haya tomado con base en esta autorización no puede revertirse, y mi revocación no afectará dichas acciones.
7. Entiendo que mi atención y tratamiento no pueden condicionarse a que otorgue esta autorización, si dicho condicionamiento está prohibido por la Regla de Privacidad de HIPAA.
8. El propósito/uso de la información es para ___ uso personal; o ___ otro (especifique): _____.
9. Esta autorización vence el _____, 20___, o cuando ocurra el siguiente evento relacionado conmigo o con el propósito del uso o divulgación previstos de mi información (describa/especifique el evento): _____. Si no se indica una fecha o evento de vencimiento, esta autorización vencerá un (1) año a partir de la fecha de firma.

Firma del paciente | **Fecha de firma del paciente** | **Fecha de nacimiento del paciente**

Si el paciente no puede firmar, un tutor legal o representante personal del patrimonio del paciente debe firmar arriba.

Firma del Tutor Legal o Representante Personal | Fecha

Descripción de la autoridad para actuar en nombre de la persona

NOTA: CARGOS POR COPIAS: Cuando un paciente solicita una copia de su PHI para uso personal, la ley federal permite cobrar una tarifa razonable basada en costos, que incluye únicamente la mano de obra por copiar la PHI, el costo de los insumos, la mano de obra para elaborar un resumen/explicación de la PHI si se solicitó dicho resumen o explicación, y el envío postal. Si se prevé que estos cargos excedan $25, intentaremos avisarle antes de completar su solicitud.

ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR COMPLETAMENTE LLENO ANTES DE FIRMAR; LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS NO SERÁN PROCESADOS.

Autorización HIPPA para divulgar información del paciente

GoWell URGENT CARE

Nombre completo del paciente | **Fecha de nacimiento del paciente**

Domicilio | **Número de teléfono del paciente**

Ciudad, estado y código postal | **Cualquier otro nombre utilizado**

Solicito que mi proveedor comparta mi información de salud protegida (PHI) según se indica a continuación. En específico, solicito que mi PHI:

1. De las siguientes ubicaciones del Centro de Atención y/o proveedores (liste todas las ubicaciones):

2. Se envíe a la siguiente persona / entidad en el domicilio indicado abajo: Teléfono

   Nombre

   Domicilio

   Ciudad | Estado | Código postal | Fax o correo electrónico para el envío

3. Por la presente autorizo la divulgación de la siguiente información: ☐ Todo mi expediente médico ☐ Solo registros de vacunación

   ☐ Solo fechas de servicio: _____ a _____ ☐ Solo información específica: _____

Información sensible:
Salvo que se excluya abajo, esta autorización incluye información relacionada con el consumo de alcohol/sustancias, VIH/SIDA y tratamiento de salud mental. Las notas de psicoterapia nunca se incluyen.

☐ **FAVOR DE EXCLUIR** la siguiente información de esta autorización: _____

_____ **Firma:**_____

NOTAS:

1. SI SOLICITA QUE ENVIEMOS SOLO UNA PARTE DE SUS EXPEDIENTES A UN PROVEEDOR TRATANTE, LE ENVIAREMOS SUS EXPEDIENTES A USTED PARA QUE SE LOS ENTREGUE A SU PROVEEDOR; **NO ENVIAREMOS EXPEDIENTES INCOMPLETOS DIRECTAMENTE A UN PROVEEDOR TRATANTE.**
2. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de mi PHI en la forma, formato y manera que solicite, si se puede producir fácilmente de esa forma, o según lo que acuerde. Si no especifico un formato abajo, entiendo que mi PHI se me enviará por correo a la dirección indicada arriba en formato físico (papel). Por la presente, solicito que mi PHI se proporcione en el siguiente formato: ☐ mediante entrega electrónica segura; o ☐ otro (especifique): _____.
3. Si solicité que mis expedientes se envíen sin cifrado, entiendo y reconozco los riesgos de enviar mi PHI de manera no segura.
4. Si solicité que mis expedientes se me envíen por correo, entiendo que se me cobrará el costo del papel y el envío postal. Si solicito mis expedientes en una memoria USB o dispositivo similar, se me cobrará el costo de dicho dispositivo.
5. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por la(s) persona(s) o entidad que la reciba y que podría dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
6. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi proveedor o a GoWell Urgent Care mi deseo de revocarla. Sin embargo, entiendo que cualquier acción que ya se haya tomado con base en esta autorización no puede revertirse, y mi revocación no afectará dichas acciones.
7. Entiendo que mi atención y tratamiento no pueden condicionarse a que otorgue esta autorización, si dicha condición está prohibida por la Regla de Privacidad de HIPAA.
8. Mi propósito/uso de la información es para ___ uso personal; o ___otro (especifique): _____.
9. Esta autorización vence el _____, 20___, o cuando ocurra el siguiente evento relacionado conmigo o con el propósito del uso o la divulgación prevista de mi información (describa/especifique el evento): _____. Si no se indica una fecha o evento de vencimiento, esta autorización vencerá a un (1) año a partir de la fecha de firma.

Firma del paciente | **Fecha de la firma del paciente** | **Fecha de nacimiento del paciente**

Si el paciente no puede firmar, un tutor legal o representante personal del patrimonio del paciente debe firmar arriba.

Firma del Tutor Legal o Representante Personal | Fecha

Descripción de la autoridad para actuar en nombre de la persona

NOTA: COSTOS POR COPIAS: Cuando una persona paciente solicita una copia de su PHI para uso personal, la ley federal permite un cobro razonable basado en costos, que incluye únicamente la mano de obra por copiar la PHI, el costo de los insumos, la mano de obra por elaborar un resumen/explicación de la PHI si se solicitó, y el envío por correo. Si se espera que estos cargos excedan $25, intentaremos informarle antes de completar su solicitud.

ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR COMPLETAMENTE LLENADO ANTES DE FIRMAR; LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS NO SE PROCESARÁN.