

Autorización para la Divulgación de Información Sanitaria

Nombre Paciente: _____ Fecha de Nascimento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal

Autorizo o BVCHC a: (Por favor, marque una de las siguientes opciones)

☐ **LIBERAR** mi Registro Médico para; ☐ **OBTENER** mi Registro Médico de:

Nombre/Tutor Legal/Representante/Instalación/Organización/Empresa	Teléfono	Fax
Calle	Ciudad	Estado
		Código Postal

Método de Divulgación: ☐ Fax ☐ Correo ☐ Recoger personalmente

☐ Marque aquí si esta autorización es solo para fines de comunicación verbal y no se están solicitando copias de los registros.

La Información Médica a ser Liberada u Obtenida: TASA DE COPIA: La tarifa por las copias de los registros médicos se basa en los costos de mano de obra y materiales, según lo definido por la Regla Omnibus

☐ Registro de Salud (Fecha(s) de Servicio): de (fecha) _____ a (fecha) _____
☐ Lista de Problemas ☐ Registro de Vacunación ☐ Historia y Examen Físico más reciente ☐ Registro Prenatal/OBGYN ☐ Resumen (2 años) ☐ Lista de Medicamentos ☐ Notas de Progreso
☐ Resultados de Laboratorio ☐ Informes de Rayos X e Imágenes ☐ Informes de Consulta ☐ Registros Dentales ☐ Rayos X Dentales ☐ Otro:

El Propósito de esta información es para ☐ Uso Pessoal ☐ Transferência de Atención ☐ Abogado/Legal ☐ Discapacidad ☐ Seguro ☐ Escuela
☐ Compensación de Trabajadores ☐ Otro _____
☐ Atención Primaria/Pediatría/Medicina para Adultos ☐ Plantificación Familiar/OBGYN ☐ Dental ☐ Salud Conductual ☐ Todos los Servicios
 Continuaré con los siguientes servicios en BVCHC:
☐ Atención Primaria/Pediatría/Medicina para Adultos ☐ Planificación Familiar/OBGYN ☐ Dental ☐ Salud Conductual ☐ Optometría

La información sobre VIH, Salud Conductual, Drogas/Alcohol contenida en los registros médicos indicados arriba será liberada a través de esta autorización, a menos que se indique lo contrario a continuación.

NO Libere Información Protegida

Mis iniciales a continuación indican que permito la liberación de la siguiente información, si es aplicable, en mi registro de salud:

_____ Notas/Información de Salud Mental o Psicoterapia	_____ Pruebas Genéticas	_____ Pruebas de VIH & Información Relacionada
_____ Notas de Tratamiento de Abuso de Alcohol y/o Sustancias	_____ Abuso Sexual	_____ Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)
_____ Comunicación de Trabajador Social	_____ Discapacidad del Desarrollo	_____ Otro

Entiendo que mis registros son procesados bajo las Leyes Generales de RI 5-37.3 y 40.1-5, Regulaciones Federales de Privacidad 45 CFR 160-164, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito, excepto según lo dispuesto por la ley. También entiendo que si mis registros incluyen abuso de alcohol o drogas o pruebas de VIH (SIDA), se procesan según la Regulación Federal 42 CFR Parte 2 Confidencialidad de Abuso de Alcohol y Drogas y la Ley Pública de RI Capítulo 88-405 Sección 23. Libero al BVCHC y a sus empleados de cualquier responsabilidad derivada de la liberación de esta información a tales personas/agencias, siempre que dicha liberación de información se haga de acuerdo con la ley aplicable. Este consentimiento tendrá una duración no mayor de un (1) año a partir de la fecha de este formulario. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento por escrito en cualquier momento. Entiendo que una retirada no se aplicará a la información ya divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que una retirada no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar la autorización. No es necesario que firme este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener información que se utilizará o divulgará según lo dispuesto en el CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas de confidencialidad. Entiendo que mi registro puede contener información que se considera sensible según la ley. La PHI no puede ser utilizada o divulgada a menos que autorice específicamente dicho uso o divulgación bajo 42CFR Parte 2 de las regulaciones federales de confidencialidad. Esta información no se transmitirá sin autorización específica según lo previsto en estas regulaciones.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Representante Legalmente Reconocido/Tutor: _____ Fecha: _____