Sanitas Medical Center

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

De acuerdo con la ley de portabilidad y rendición de cuentas del seguro de salud de 1996 y el reglamento promulgado en virtud del cual rige la privacidad de la información médica, este aviso le informa del propósito de la forma y de cómo se usará.
Propósito (S) principal (es): esta forma es proporcionar a Sanitas un medio para solicitar el uso y/o divulgación de la información de salud protegida de un individuo.
Uso (S) de rutina: a cualquier tercero o individuo, previa autorización para la divulgación del individuo, en un plazo de 3 a 5 días hábiles, para: uso personal; seguro; tratamiento o atención médica continuada; Escuela; legal; jubilación/separación; u otras razones especificadas a continuación.
Divulgación: voluntaria. La falta de firmar el formulario de autorización resultará en la no liberación de los registros médicos.

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento:**_____

☐ Yo soy el cliente y por la presente autorizo el uso o divulgación de la información de salud, incluyendo información de salud protegida, sobre mí como se describe a continuación.

☐ Soy el representante del cliente y entiendo y acepto las disposiciones de esta autorización en nombre del cliente. Mi autoridad para actuar en nombre del cliente es la siguiente: _____

Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de información de salud, incluyendo la información de salud protegida de la siguiente manera:

☐ **Revelar a**	☐ **Obtener de**
Por favor ingrese Nombre del Proveedor e informacion de contacto. _____	*Por favor ingrese Nombre del Proveedor e informacion de contacto.* _____

LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR: Sanitas y cualquier plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico, u otro proveedor de atención médica que ha proporcionado el pago, tratamiento o servicios a mí o en mi nombre.

LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA A: (Seleccion inicial)

_____ Registros médicos generales, incluida la TB _____Notas de Progreso _____Consultas _____Historia y resultados físicos

_____ Inmunizaciones _____ Panificación familiar _____ Registros prenatales _____ Informes de prueba de diagnóstico

Especificar el tipo de prueba (s):_____

_____ Otro: _____ Specify dates of service: _____

Al aplicar un cheque junto a una categoría de información altamente confidencial listada abajo y al firmar en la línea apropiada después de la casilla marcada, autorizo específicamente la divulgación del tipo de información altamente confidencial indicada junto a mi firma.

☐ ADN/pruebas genéticas_____
☐ Expedientes de la salud mental_____
☐ Agresión sexual_____
☐ Enfermedades de transmisión sexual_____
☐ Registro de servicios de alcohol/abuso de sustancias _____
☐ Psicólogo/psicoterapéutico notas y registros_____
☐ Matrimonio/terapeuta familiar o registros de trabajadores sociales clínicos_____
☐ Maltrato infantil o negligencia/intervención temprana_____
☐ Informacion Confidencial Relacionada con HIV_____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

☐ Tratamiento ☐ Uso Personal ☐ Facturación/pago ☐ Continuidad de la atención ☐ Otro (especifique): _____

FECHA DE CADUCIDAD: esta autorización caducará (fecha o evento de inserción)_____ . Entiendo que, si no especifico una fecha de vencimiento o un evento, esta autorización caducará doce (12) meses a partir de la fecha en que se firmó.
REVELACIÓN: entiendo que una vez que la información antedicha es divulgada, puede ser revelada por el destinatario y la información no se puede proteger por leyes o regulaciones federales del aislamiento.
ACONDICIONAMIENTO: entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario y que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios no pueden condicionarse si firmo esta autorización.
REVOCACIÓN: entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación al Departamento de registro médico. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido publicada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.
HONORARIOS POR COPIAS: entiendo que las leyes federales y estatales permiten que ciertos honorarios sean cargados para la copia de expedientes del paciente y que puedo ser honorarios cargados de acuerdo con tales leyes.

Solicito y autorizo la divulgación de la información descrita anteriormente.

Firma del paciente/ guardián /cuidador:_____ Fecha _____

Nombre impreso del paciente / guardián/cuidador _____ Relación al paciente _____

Testigo (opcional)_____ Fecha_____