

CARONDELET HEALTH NETWORK
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SALUD
AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

1) Yo Autorizo a Carondelet Health Network O a _____ a revelar información de salud protegida de mis registros de salud:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: _____ Pt. RM de CHN#: _____

2) Esta información debe revelarse a: *(Nombre y dirección del receptor)* Seleccione uno: **RECOGER** / **ENVIAR a la dirección de abajo**

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

3) Información a ser revelada: Cubriendo los periodos de cuidado de salud desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____ o todas las fechas empezando desde (fecha) _____

Complete el/los registro/s de salud escrito/s (O) seleccione la información según lo indicado abajo:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta del paciente | <input type="checkbox"/> Informes de procedimientos | <input type="checkbox"/> Fotografías, cintas de video, imágenes digitales/otra imágenes |
| <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta | <input type="checkbox"/> Notas del progreso | <input type="checkbox"/> Radiografías/imágenes radiográficas |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Electrónica | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio | <input type="checkbox"/> Otros (por favor, especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Historial clínico y análisis físico | <input type="checkbox"/> Informes radiográficos | <input type="checkbox"/> Copia electrónica (Segun disponibilidad) |
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta | <input type="checkbox"/> Factura detallada | |

4) Propósito del uso de la información o descripción de cómo se utilizará: _____

5) Comprendo que esto puede incluir información relacionada con lo siguiente y *estoy de acuerdo* con su revelación, a menos que yo indique LO CONTRARIO. Iniciales requeridas

_____ Sí / _____ NO SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o infección del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)

_____ Sí / _____ NO Atención de la salud relacionado con la conducta

_____ Sí / _____ NO Tratamiento para el alcoholismo y/o para el abuso de drogas

_____ Sí / _____ NO Orientación genética, pruebas genéticas

6) Comprendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, con excepción de la medida en que se haya tomado acción basada en la autorización. *(Presentarla a la Administración de información de la salud en St. Mary's, St. Joseph's, Holy Cross o Carondelet Heart and Vascular Institute según sea apropiado.)*

7) *A menos que se indique de otra manera, esta autorización expirará 12 meses después de la fecha de firma.*

8) CHN, sus asociados, directores, etc quedan liberados de cualquier obligación legal por la revelación de mi información protegida sobre salud en la medida autorizada por este formulario.

9) Comprendo que CHN no pondrá condiciones para el tratamiento, el pago, la inscripción o la aceptación para obtener esta autorización, excepto cuando las leyes federales permitan dichas condiciones.

10) Comprendo que si la organización autorizada a recibir la información sobre salud no es un proveedor de planes o de atención de la salud, es posible que la información revelada ya no tenga la protección de las reglamentaciones federales de privacidad.

11) Comprendo que se cobrará una tarifa por fotocopiar estos registros.

Firma del paciente o representante legal	Fecha	Hora	Firma del testigo	Fecha	Hora
--	-------	------	-------------------	-------	------

Nombre impreso del representante del paciente: _____

Relación con el paciente o autoridad para actuar por él: _____

Nota: Si el paciente no puede dar su consentimiento por su edad o por algún otro factor, indique la razón:

Identidad Verificada Por: Identificación con Foto Firma Coincidente Especifique Otro: _____

Verificoda Por: _____ Fecha: _____