



SOUTHWEST MEDICAL ASSOCIATES®

PO Box 15645 \* Las Vegas, NV 89114-5645 \* Fax: (702) 877-8310

Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés)

Esta solicitud para DIVULGAR expedientes médicos será devuelta si no se completa en su totalidad

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Número del expediente médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

YO AUTORIZO EL USO O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DEL INDIVIDUO MENCIONADO ARRIBA TAL COMO SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN:

1 El tipo y cantidad de información que se usará o divulgará como sigue

Incluya fecha como corresponda: DESDE (fecha) \_\_\_\_\_ HASTA (fecha) \_\_\_\_\_

- Todo el expediente, o: Lista de medicamentos, Lista de vacunas, Notas del proveedor, Resultados de análisis de laboratorio, Informes de radiografías / absorciometría de rayos X de energía dual, Informes de cardiología, Otros: \_\_\_\_\_

2 Por favor ponga sus iniciales para la divulgación de la siguiente información aún si marcó en la parte de arriba "todo el expediente"

Toxicomanía, Resultados de pruebas genéticas, Enfermedades de transmisión sexual o comunicables, Psiquiatría / Información de salud mental, Historial de abuso doméstico o abuso infantil, Información de VIH, Comportamiento adictivo

3 MOTIVO DE LA SOLICITUD: (POR FAVOR MARQUE UNA OPCIÓN)

- Atención médica, Seguro, Personal, Abogado, Otro: \_\_\_\_\_

4 Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Administración de la Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, hecho o condición: \_\_\_\_\_ SI SE DEJA EN BLANCO, ESTA AUTORIZACIÓN VENCERÁ EN SEIS MESES

5 ESTA INFORMACIÓN SERÁ DIVULGADA AL solicitante al individuo u organización indicados

Nombre, Número de teléfono, Número de fax, Domicilio, Ciudad, Estado, Código postal

6 Entiendo que esta autorización de divulgación de información de salud es voluntaria. Me puedo negar a firmarla. No necesito firmar este formulario para asegurar tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información a usarse o divulgarse, tal como está dispuesto en CFR 164 524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo la posibilidad de una redivulgación no autorizada y la información no puede estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo ponerme en contacto con el Departamento de Administración de Información de Salud y obtener una copia de la notificación de privacidad.

7 Deseo recibir esta información Impresa CD (como archivo PDF)

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Firma del padre, tutor o representante personal (si es necesario) \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_ (Si es el representante personal, adjunte la documentación sustentatoria)

Routed to: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Completed: \_\_\_Y \_\_\_N Scanned by: (initial) \_\_\_\_\_ Photo ID checked by: \_\_\_\_\_

NOTA: Hay un cargo de 60 centavos por página a menos que la información esté siendo divulgada a una institución médica. POR FAVOR PERMITA 7-10 DÍAS LABORALES, a partir de la fecha de recepción del Dept. de HIM, PARA EL PROCESAMIENTO. Teléfono: (702) 877-8636 L-V, 8am-5pm