

## Autorización para divulgar información médica protegida o de facturación (Authorization to Disclose PHI)

**Información del paciente: Concedo mi permiso para divulgar la información médica de: (Un paciente por formulario)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Últimos 4 números del N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

*Si bien Highland Avenue Primary Care utilizará medidas razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de los correos electrónicos enviados y recibidos, no podemos garantizar la seguridad y confidencialidad de todas las comunicaciones efectuadas por este medio.*

<p><b>Divulgar información de:</b></p> <p>(Enumerar centros y/o consultorios correspondientes)</p>	<p><b>Divulgar información a:</b></p> <p>(Nombre del centro, persona, compañía) (Vínculo)</p> <p>(Dirección o casilla de correo postal, ciudad, estado, código postal)</p> <p>(Número de teléfono) (Número de fax)</p>
--	--

**Propósito de la divulgación (marcar un motivo):**  Solicitud individual/personal  Seguro  Discapacidad  
 Indemnización por enfermedad o accidente de trabajo  
 Propósito legal, incluidos debates y procesos judiciales  Otro: \_\_\_\_\_

**Deben completarse las fechas de tratamiento para que los registros sean divulgados:** Fechas de tratamiento DESDE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_

<p><b>Hospital (marcar todas las opciones que correspondan):</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Resumen de hospital</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico</td> <td><input type="checkbox"/> Notas sobre progreso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria</td> <td><input type="checkbox"/> Registro de emergencias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informes operativos</td> <td><input type="checkbox"/> Informes cardíacos/ECG</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informes de consultas</td> <td><input type="checkbox"/> Informes de laboratorio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de diagnóstico</td> <td><input type="checkbox"/> Informes radiológicos/radiográficos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos</td> <td><input type="checkbox"/> Informes patológicos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alergias</td> <td><input type="checkbox"/> Información de facturación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Indicaciones del médico</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Registro completo (sin incluir notas de psicoterapia)</p>	<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Notas sobre progreso	<input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria	<input type="checkbox"/> Registro de emergencias	<input type="checkbox"/> Informes operativos	<input type="checkbox"/> Informes cardíacos/ECG	<input type="checkbox"/> Informes de consultas	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos/radiográficos	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Informes patológicos	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Información de facturación	<input type="checkbox"/> Indicaciones del médico	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<p><b>Consultorio/Clinica (marcar todas las opciones que correspondan):</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Resumen de consultorio/clínica</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Visitas al consultorio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Examen físico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informes de consultas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de diagnóstico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informes de laboratorio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informes radiológicos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Información de facturación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Registro completo (sin incluir notas de psicoterapia)</p>	<input type="checkbox"/> Visitas al consultorio	<input type="checkbox"/> Examen físico	<input type="checkbox"/> Informes de consultas	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Información de facturación	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Notas sobre progreso																									
<input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria	<input type="checkbox"/> Registro de emergencias																									
<input type="checkbox"/> Informes operativos	<input type="checkbox"/> Informes cardíacos/ECG																									
<input type="checkbox"/> Informes de consultas	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio																									
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos/radiográficos																									
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Informes patológicos																									
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Información de facturación																									
<input type="checkbox"/> Indicaciones del médico	<input type="checkbox"/> Otro: _____																									
<input type="checkbox"/> Visitas al consultorio																										
<input type="checkbox"/> Examen físico																										
<input type="checkbox"/> Informes de consultas																										
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de diagnóstico																										
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio																										
<input type="checkbox"/> Informes radiológicos																										
<input type="checkbox"/> Medicamentos																										
<input type="checkbox"/> Información de facturación																										
<input type="checkbox"/> Otro: _____																										

<p><b>Formato (seleccionar solo una opción):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Copia impresa (pueden aplicarse cargos) <input type="checkbox"/> Copia electrónica  <input type="checkbox"/> CD (puede aplicarse cargos) <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p><b>Método de entrega:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Correo postal de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Recolección  <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
--	--

- Comprendo que:**
- Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Debo presentar la cancelación por escrito y enviar o entregar la cancelación al centro o consultorio que realiza la divulgación mencionado anteriormente. Cualquier cancelación se aplicará exclusivamente a la información que todavía no haya sido divulgada por el centro o consultorio.
  - Esta es una divulgación completa que incluye información relacionada con salud conductual/mental, tratamiento por abuso de drogas y alcohol (de conformidad con la Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR]), información genética, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, a menos que esté limitado por las selecciones anteriores.
  - Una vez que se divulgue mi información médica, el destinatario podrá divulgar o compartir mi información con otras personas y es posible que mi información ya no cuente con las protecciones de privacidad federales y estatales.
  - Si no firmo este formulario no se impedirá mi posibilidad de recibir tratamiento, el pago, la inscripción en un plan médico o la elegibilidad para recibir beneficios.
  - Es posible que se cobre un cargo por proporcionar la información médica protegida.
  - Tengo derecho a recibir una copia de este formulario si la solicito.

Este permiso vence 90 días después de la fecha de mi firma, excepto que se indique una fecha o un evento distinto aquí: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

**Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o se ve imposibilitado para firmar, un representante personal autorizado puede firmar el formulario.**

**Registrar el vínculo/la autoridad en el caso de que la firma no sea la del paciente (es posible que se solicite una prueba escrita):**

Agente médico/Apoderado bajo poder  Tutor  Ejecutor/Administrador/Apoderado  Padre  Familiar más próximo

Otro: \_\_\_\_\_

Firma del menor: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

If limited English proficient or hearing impaired, offer interpreter at no additional cost:

Interpreter accepted \_\_\_\_\_  Interpreter refused \_\_\_\_\_

(Name/Number of person/services chosen/used)

**For office use only**

Date of release: \_\_\_\_\_ via  mail  fax  other \_\_\_\_\_  ID verified  DL/Other ID \_\_\_\_\_

NH Employee Name & Title: \_\_\_\_\_ NH Employee User ID: \_\_\_\_\_ Date/Time: \_\_\_\_\_



**Autorización para divulgar información médica protegida o de facturación (Authorization to Disclose PHI)**

805666 R 7/17/2018

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Or label

Name / MR# / Label