

Todas las partes de este formulario deben completarse para conformar una autorización válida de divulgación de información de salud según las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés). En caso de quedar un campo vacío, la autorización se considerará defectuosa.



Nombre del paciente			Fecha de nacimiento		Número de historia clínica
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	Dirección de correo electrónico
Autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud tal como se describe a continuación:					
Establecimiento autorizado a divulgar mi información de salud					
Dirección McKenzie Willamette Hospital	Ciudad 1460 G Street	Estado Springfield, Or	Código postal	Número de teléfono 541-726-4438	
Agencia o persona autorizada para recibir mi información de salud					
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	
<p>La información de salud que puede ser utilizada o divulgada se limita a lo siguiente:</p> <p><input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico <input type="checkbox"/> Consultas</p> <p><input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Informe patológico <input type="checkbox"/> Notas de la operación <input type="checkbox"/> Diagnóstico por imágenes/radiografías</p> <p><input type="checkbox"/> Informes radiográficos <input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Tiras de monitoreo cardíaco fetal</p> <p>Información confidencial: <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> Enfermedades transmisibles, incluido el diagnóstico de VIH</p> <p><input type="checkbox"/> Análisis genéticos <input type="checkbox"/> Diagnósticos psiquiátricos/del comportamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</p>					
<p>La información de salud que puede ser utilizada o divulgada se limita a los siguientes períodos de atención médica:</p> <p>Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____ Número de cuenta: _____</p> <p>Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____ Número de cuenta: _____</p>					
<p>La información de salud que se divulgará a la agencia/persona que se nombra más arriba debe usarse/divulgarse con los siguientes propósitos:</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento/consulta <input type="checkbox"/> A pedido del paciente <input type="checkbox"/> Investigación <input type="checkbox"/> Investigación de mercado</p> <p><input type="checkbox"/> Facturación o pago de reclamos <input type="checkbox"/> A pedido del empleador <input type="checkbox"/> Otro _____</p>					
<p>La "información de salud" identifica a usted (el paciente) por nombre e incluye otra información demográfica acerca de usted. La "información de salud" puede incluir, a título enunciativo: historias clínicas, radiografías, portaobjetos, trazados, tiras, etc.</p> <p>Por este medio, eximo al establecimiento que da la información, sus representantes y empleados de toda responsabilidad, daños y perjuicios, y reclamos que puedan surgir de la divulgación de información que se autoriza por este medio, lo que incluye la información confidencial que se indica más arriba, que se ha recopilado durante mi visita, consulta u hospitalización, o a realizar copias de esta de acuerdo con las políticas de este establecimiento.</p> <p>La información médica protegida utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y deja de estar protegida por esta norma de privacidad. Si se utiliza o divulga información de salud relacionada con una investigación a los efectos de continuar con la investigación, no se aplica una fecha o un evento de caducidad.</p> <p>Si no se indica a continuación una fecha o un evento específicos, esta autorización caducará automáticamente 60 días después de la fecha de la firma. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, según se establece en el Aviso de prácticas de privacidad, salvo que el establecimiento ya haya hecho divulgaciones confiando en mi autorización previa.</p> <p>El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la obtención de una autorización si la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) prohíbe dicho condicionamiento. En caso de que esté permitido el condicionamiento, el rechazo a firmar la autorización puede resultar en la denegación de atención o de la cobertura.</p> <p>AVISO PARA LA AGENCIA O LA PERSONA QUE LA RECIBE: Esta información debe tratarse conforme a lo establecido en las normas de privacidad (HIPAA). <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>					
Firma del paciente o del representante legal				Fecha/Hora	
Relación con el paciente/autoridad para actuar en nombre del paciente			Intérprete, si se utilizó		Fecha/Hora
Firma del testigo	Fecha/Hora	Fecha o evento de caducidad			
<p><input type="checkbox"/> *Firma validada con la licencia de conducir o la firma en la historia clínica. Es posible que se cobre por el servicio de copiado de la historia clínica.</p> <p><input type="checkbox"/> Copia electrónica solicitada.</p>					

Authorization to Use and Disclose Protected Health Information
 QHC-HIM-1401SHMS
 (Revised 11/10, 02/12, 05/14, 08/14, 04/15, 01/19)

Patient Label

Proporcione una copia del frente de su identificación y viceversa y enviar con el formulario de solicitud. Gracias