



LA AUTORIZACION PARA EL USO O LA REVELACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Instrucciones:

- Las Secciones 1 – 6 tienen que ser completadas. Si alguna sección no es completada, esta autorización se considerará incompleta y no será válida.
Por favor escriba legiblemente.
Refiérase a la Notificación de WMC de Prácticas de Privacidad para información adicional.

SECCIÓN 1 – Demografía

Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:
Nombre del Paciente durante el tiempo del tratamiento:
Dirección del Paciente: Calle: Ciudad Estado Código
Número de Teléfono – Hogar: Trabajo: Fax:
Número de Seguro Social:

SECCIÓN 2 – Tipo del pedido de acceso

Copias del Registro

Inspección del Registro

Fecha(s) del tratamiento:
Por favor describa específicamente cual ISP puede ser revelada o usada:
Abstracto/Pertinente Informe de Consultas Ordenes Médicas Otro
Hoja de Cara Informe Operativo Servicios de Rehabilitación
Salón de Emergencia Estudios Cardiacos Registro de la Medicina
H&P Laboratorio Notas de las Enfermeras
Notas de Progreso Imágenes/Radiología Registro Completo

SECCIÓN 3 – Identificación de la Entidad autorizada a recibir PHI

De esta forma yo autorizo a (Facilidad, Entidad Cubierta, Personas o Clases de Personas)
a revelar información de registros médicos y/o información protegida de salud del paciente nombrado arriba a:
(Facilidad, Entidad Cubierta, Personas o Clases de Personas) (Número de Teléfono) (Número de Fax)
(Dirección) (Ciudad, Estado, Código)

SECCIÓN 4 – Vencimiento

Esta Autorización vencerá en esta Fecha de Vencimiento o Acontecimiento: (No excedirá 1 año.)

SECCIÓN 5 – Propósito

El propósito para el uso o la revelación:

SECCIÓN 6 – Declaraciones de la Comprensión

- Yo entiendo que existe la posibilidad que la PHI pueda ser revelada por el que la reciba y que no sea protegida por las leyes federales de la privacidad.
Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al entregar una revocación escrita al Departamento de la Administración de la Información de la Salud (Department of Health Information Management, HIM).
Si revoco esta autorización, no tendrá efecto en acciones que ya hayan ocurrido y que dependan de esta forma.
Entiendo que me puedo rehusar a firmar esta forma. Si yo no firmo esta forma, ni mi cuidado de la salud, ni los pagos para el cuidado de mi salud serán afectados.
Yo autorizo el uso o la revelación de los registros/información descrita. He leído y he entendido esta forma. He recibido una copia de esta forma. Soy el paciente nombrado o estoy autorizado a "Actuar a favor del paciente como el representante personal del paciente."

Firma de paciente/representante legal: Fecha:

Nombre impreso del representante: Relación:

PARA SER COMPLETADO POR HIM

Identificación verificada por: Fecha:
Información mandada por: Número de copias: Fecha: