



Formulario de Solicitud /Divulgación de Registros Médicos

Autorización del paciente para el uso o divulgación de información médica protegida

Según lo requerido por la Ley de Salud y Responsabilidad de 1996 (HIPAA), una práctica no puede usar o divulgar su información de salud identificable sin su autorización, excepto según lo dispuesto en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Su cumplimentación de este formulario significa que usted da permiso para los usos y la divulgación que se describen a continuación. Por favor revise y complete este formulario cuidadosamente. Puede ser inválido si no se completa por completo. Es posible que desee pedirle a la persona o entidad que desea recibir su información que complete esas secciones que detallan la información que se divulgará y los propósitos de la divulgación.

Autorizo, _____, para divulgar información de salud sobre los pacientes nombrados, _____, otros nombres si corresponde (soltera): _____
Dirección: _____ Ciudad/Provincia: _____ Zip: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Autorizo la liberación de:

- TODA mi información de salud mantenida.
- Incluir registros de proveedores anteriores
- Mi información de (enumerar fechas específicas) _____
- Mi información de salud relacionada con las siguientes condiciones: _____
- Otro: _____

RESTRICCIONES: Entiendo que el destinatario de esta información no puede usar o divulgar esta información excepto para los fines expresados identificados anteriormente, a menos que se obtenga otra autorización de mi parte, o dicho uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley. Entiendo que mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); virus de inmunodeficiencia humana (VIH); servicios de salud conductual/mental; y/o tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas.

POR FAVOR verifique TODAS las exclusiones solicitadas:

- Alcohol/Drogas
- VIH/SIDA
- Comportamiento/Salud mental/Psiquiátrico
- Enfermedades de transmisión sexual
- Otro: Especificar exclusión: _____

Entiendo que tengo derecho a solicitar que un servicio por el cual he pagado de mi bolsillo no sea revelado a mi plan de salud. Esta fecha de autorización es EFECTIVA: A partir de _____ A través de _____
(Las fechas no especificadas entrarán por defecto a partir de (1) Un año a partir de la fecha de autorización)

Nombre impreso del paciente/padre/tutor/representante médico de POA: _____

Firma: _____ Fecha: _____

NEGATIVA A FIRMAR LA AUTORIZACIÓN: Entiendo que al negarme a firmar este formulario, mi tratamiento médico (atención médica) y los beneficios del seguro no se verán afectados, sin embargo, mis registros médicos **NO PUEDEN** ser divulgados. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la Skin Cancer and Dermatology Center por escrito como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Mi revocación no afectará las acciones tomadas la Skin Cancer and Dermatology Center antes de su recepción. Entiendo que, si el destinatario de la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por HIPAA, la información utilizada o divulgada como se describe anteriormente puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no está protegida por HIPAA. Sin embargo, otras leyes estatales o federales pueden prohibir que el destinatario divulgue información especialmente protegida, como información sobre el tratamiento del abuso, información relacionada con el VIH / SIDA, e información psiquiátrica/salud mental. _____ (iniciales)