

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---|---|--|------------------|---|------------------|
| Sección A: Se debe completar esta sección para todas las autorizaciones. | | | | | |
| Apellido del paciente | Primer nombre | Segundo nombre | | | |
| Fecha de nacimiento | Número del Seguro Social (opcional): | | | | |
| Nombre y dirección de la entidad o proveedor de atención médica a quien se le transmite esta información: | | | | | |
| Mi información de salud puede transmitirse a (nombre del destinatario): | | | | | |
| Dirección 1: | | | | | |
| Dirección 2: | | | | | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: | | | |
| Teléfono: | Dirección electrónica: | | | | |
| Fax: | | | | | |
| El propósito de solicitar la divulgación de esta información de salud es: _____ | | | | | |
| <p>Por medio del presente autorizo el uso o divulgación de información de salud protegida como se describe a continuación: ¿Esta solicitud es para notas de terapia psicológica? <input type="checkbox"/> Sí, entonces esta es la única opción que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para las opciones que se mencionan a continuación. <input type="checkbox"/> No, entonces puede marcar todas las opciones que necesite.</p> | | | | | |
| <i>Descripción:</i> | <i>Fecha(s):</i> | <i>Descripción:</i> | <i>Fecha(s):</i> | <i>Descripción:</i> | <i>Fecha(s):</i> |
| <input type="checkbox"/> Toda la información médica protegida de la historia clínica (indique las excepciones en la sección de información sensible) <input type="checkbox"/> Formulario de admisión <input type="checkbox"/> Órdenes de los médicos <input type="checkbox"/> Hojas de medicación <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio | | <input type="checkbox"/> Resumen de alta médica <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Evaluación inicial <input type="checkbox"/> Factura detallada <input type="checkbox"/> Historia premio y examen físico <input type="checkbox"/> Informes radiológicos | | <input type="checkbox"/> Otra opción: <input type="checkbox"/> Otra opción: <input type="checkbox"/> Otra opción: | |
| <p>La información autorizada para divulgar puede incluir registros que indiquen la presencia de una enfermedad venérea o comunicable que puede comprender, entre otras, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de inmunodeficiencia humana, también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Si desea revelar alguna de las siguientes opciones de información sensible, coloque sus iniciales en la(s) línea(s) que corresponda(n): ___ Tratamiento por abuso de drogas / alcohol / Derivación ___ Pruebas o tratamientos relacionados con el VIH/sida ___ Enfermedades de transmisión sexual ___ Salud mental (distintas de las notas de terapia psicológica) ___ Pruebas genéticas – indique el propósito de la divulgación y el nombre del destinatario _____</p> | | | | | |
| Describa a continuación la naturaleza y las fechas exactas de las historias clínicas que desea divulgar (por ejemplo, resultados y pruebas de laboratorio realizadas entre el 1.º de enero del 2007 y el 31 de marzo del 2007). _____ | | | | | |
| Método preferido de entrega: <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Retiro de copias impresas <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Portal para pacientes (si está disponible) | | | | | |

Comprendo que:

1. Si la persona o entidad que recibe la información mencionada no es un proveedor de atención médica ni un plan de salud sujeto a las disposiciones federales sobre privacidad, quizá la información ya no se encuentre protegida por las disposiciones federales sobre privacidad y el receptor pueda transmitirla a terceros.
2. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento mediante el envío de una revocación por escrito a: Select Medical Corporation, Attn: Privacy Officer, 4714 Gettysburg Road, P.O. Box 2034, Mechanicsburg, PA 17055. Comprendo que mi revocación no tendrá validez respecto de las medidas que Select Medical Corporation haya tomado en función de esta autorización. Sin embargo, comprendo que si mi participación en un programa de salud mental es condición necesaria para que me liberen de prisión o me concedan la libertad condicional o bajo palabra no podré revocar esta autorización.
3. No estoy obligado a firmar este formulario de autorización y que Select Medical Corporation no podrá negarse a brindar el tratamiento o pago que me corresponda si yo no firmo esta autorización.
4. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE DROGAS y ALCOHOL**, el **TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, con excepción de las notas de terapia psicológica y la **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH** si coloco mis iniciales en la línea que corresponda. En caso de que la información de salud que se describe anteriormente incluya algunos de estos tipos de información y yo coloque mis iniciales en esa línea, autorizo específicamente a divulgar esa información a la(s) persona(s) o categoría(s) de persona(s) que se indican en esta autorización.
5. Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento por abuso de drogas o alcohol o tratamiento de salud mental, el receptor no podrá revelar esa información a terceros sin mi autorización, a menos que las leyes federales o estatales lo permitan. Tengo el derecho de solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar sin autorización mi información relacionada con el VIH.
6. Después de firmar esta autorización puedo recibir una copia. Puede examinar o copiar la información que se va a utilizar o divulgar tal como se establece en el Título 45 CFR 164.524.

Esta autorización vence a los 12 (doce) meses de la fecha de mi firma (salvo que su estado especifique un plazo menor) a menos que haya indicado un evento o plazo de vigencia más breve. Fecha de vencimiento del plazo de vigencia más breve o evento _____ . Si usted es residente de Indiana o Texas, esta autorización vencerá una vez transcurridos 180 días de la fecha de la firma. Si usted es residente de Nueva Jersey, esta autorización vencerá a los 4 (cuatro) meses de la fecha de la firma.

Residentes de Alabama: Al marcar esta casilla, acuerdo dar seguimiento a la divulgación de mis registros de salud mental según consta en la autorización.

Sección B: Firmas

He leído el formulario y autorizo la divulgación de la información de salud protegida tal como se indica en el presente.

Firma del paciente (o del representante del paciente)

Fecha:

Nombre en imprenta del paciente (o del representante del paciente)

Si usted es el representante de un paciente, marque el alcance de su capacidad para actuar en nombre del paciente:

Proporcione documentación complementaria (p. Ej., copia del poder legal).

Poder legal

Tutor legal

Sustituto responsable de tomar decisiones

Albacea o representante personal

Padre

Otra opción: _____

Firma del testigo (es necesaria si se divulga información relacionada con el abuso de sustancias o salud mental):

Nombre del testigo en letra de imprenta: _____

Si se encuentra en el estado de Pensilvania y el paciente solo puede manifestar la autorización de manera verbal, se requiere que dos testigos firmen el formulario.

Firma del segundo testigo _____

Nombre del segundo testigo en letra de imprenta: _____

Para uso de Select Medical únicamente: Nombre del centro que divulga los registros según lo autorizado:

Para uso de Select Medical únicamente: En caso de divulgar información sobre salud mental o abuso de sustancias, documente la fecha en que se divulgó la información, los medios utilizados y el nombre del destinatario:

Teléfono del solicitante: