



Autorización HIPAA para usar y divulgar información médica protegida

Divulgación de información

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Por la presente autorizo a Every Child Pediatrics a divulgar información como se describe a continuación a:

Nombre de la persona u organización que recibirá la información: _____

DIRECCIÓN: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Para:

- Atención/tratamiento continuo
- Legal
- Uso personal
- Seguro
- Coordinación de Servicios
- Otro (por favor describa): _____

Tipo de registros:

- Historial médico legal completo
- Solo registros médicos legales pertinentes (incluye notas y reportes de progreso del proveedor, informes de laboratorio/patología, informes de imágenes)
- Otros registros:
- Consultas telefónicas
- Registro de vacunación
- Pruebas PFT
- Imágenes/informes de radiología
- Atención clínica de Navegador
- Registros de VIH/SIDA
- Información de facturación
- Notas de enfermería/casos de pacientes
- *Notas sobre salud conductual {*puede requerir consentimiento alternativo}
- Otro: _____

Fechas de los servicios: Inicio: mm/dd/aaaa _____ Fin: _____



Tenga en cuenta: La información que se divulgará puede incluir un diagnóstico o referencia a las siguientes condiciones: servicios de salud conductual/atención psiquiátrica, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), abuso de drogas y/o alcohol, o enfermedades de transmisión sexual.

Se requiere la firma del paciente para divulgar estos registros específicos del departamento: Pacientes de 15 años o más (y en circunstancias especiales de 12 años o más): información sobre salud reproductiva, incluidos embarazo y enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA o tratamiento por consumo de drogas o alcohol. Pacientes de entre 15 y 17 años: información sobre salud conductual o atención psiquiátrica, controles de niños sanos.

Método de liberación/entrega:

- Correo
- Recogida en persona
- Verbal
- Fax
- Correo electrónico cifrado

Entiendo lo siguiente:

Esta autorización caducará automáticamente un año después de la fecha de la firma a continuación o la fecha en que el menor se convierta en adulto según la ley estatal, a menos que solicite una fecha anterior a un año. Puedo optar por revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplirla, notificando a Every Child Pediatrics, por escrito, que la información divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la Regla de privacidad de HIPAA. Se me proporcionará una copia de esta autorización una vez que se complete la solicitud. Every Child Pediatrics seguirá brindando tratamiento y solicitará el pago de los servicios prestados, ya sea que firme o no esta autorización. Every Child Pediatrics puede cobrar por las copias de los registros médicos.

Firma: _____ Fecha: _____

- Padre o representante personal
- Poder legal
- Pariente más cercano en caso de fallecimiento de los tutores legales
- Fecha de ejecución de los bienes: _____

Cuando sea necesario: Firma del paciente: _____ Fecha: _____