



C S 0 0 2 0

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O
DIVULGACIÓN DE/ACCESO PARA PROTEGER
INFORMACIÓN DE SALUD
(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF /
ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION)
Spanish**

Check (✓) Facility:

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> CUMC-Bergan Mercy | <input type="checkbox"/> Good Samaritan | <input type="checkbox"/> Immanuel | <input type="checkbox"/> Lakeside | <input type="checkbox"/> Mercy Corning |
| <input type="checkbox"/> Mercy Council Bluffs | <input type="checkbox"/> Midlands | <input type="checkbox"/> Missouri Valley | <input type="checkbox"/> Nebraska Heart | <input type="checkbox"/> Plainview |
| <input type="checkbox"/> Schuyler | <input type="checkbox"/> St. Elizabeth | <input type="checkbox"/> St. Francis | <input type="checkbox"/> St. Mary's | |
| <input type="checkbox"/> Clinic (Specify) _____ | | <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____ | | |

Yo, _____
 (Escribir el nombre del individuo con letra de molde, [ejemplo: paciente, residente o cliente] Print Name of Individual [i.e., patient, resident or client])
 por medio de la presente autorizo los en los establecimientos arriba indicados a usar y divulgar la información protegida de salud como se describe a n para el siguiente paciente:

Nombre del Paciente (Patient Name)		Fecha de Nacimiento (Date of Birth)
Nombres Anteriores del Paciente / Otros Nombres (Patient Previous / Other Name[s])		
Dirección (Street Address)		Teléfono (Phone)
Ciudad (City)	Estado (State)	Zona Postal (Zip Code)

Yo autorizo a las siguiente(s) persona(s) u organización a recibir la información:

Nombre (Name)		
Dirección (Street Address)		
Ciudad (City)	Estado (State)	Zona Postal (Zip Code)
Teléfono (Phone)	Facsimile (Fax)	Correo electrónico* (necesario para la divulgación electrónica) (Email Address* [Required for an Electronic Release])

La siguiente información de salud identificable individualmente puede ser usada y/o divulgada:

(A continuación se encuentran los documentos solicitados/requeridos con más frecuencia. Esto no constituye su registro médico completo, que usted tiene derecho a solicitar/petionar.)

Marque (✓) todo lo que corresponda:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abstracto/resumen (Incluye ¹) | <input type="checkbox"/> Registros de la sala de urgencias | <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Sumario del alta/Diagnóstico final ¹ | <input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones (vacunas) | <input type="checkbox"/> Notas de Terapia Física |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y registros físicos ¹ | <input type="checkbox"/> Reportes de radiología (como..Rayos x) | <input type="checkbox"/> Notas del Físico |
| <input type="checkbox"/> Informes de las consultas ¹ | <input type="checkbox"/> Otros reportes de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Operaciones y procedimientos ¹ | <input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Factura detallada |
| <input type="checkbox"/> Resultados de las los exámenes de Diagnóstico ¹ | <input type="checkbox"/> (Preparada por el departamento de radiología) | |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Fechas de tratamiento para ser divulgada:	From:	To:
--	-------	-----

Motivos o propósitos para el uso y/o de la divulgación de la información:
--

Requiero/solicito que la forma de divulgación de información sea por medio de:

- Electrónico (HIM Portal del Departamento) (*Se necesita correo electrónico) Papel (Correo de EE.UU. o recogerlo)
 Otro (USB, etc.**): _____ (**Dispositivo deberá ser proporcionado por el establecimiento)



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O
DIVULGACIÓN DE/ACCESO PARA PROTEGER
INFORMACIÓN DE SALUD
(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF /
ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION)
Spanish**

Autorizo la divulgación de cualquier información contenida en los registros arriba mencionados relativos sobre el tratamiento del abuso de drogas o alcohol, condiciones relacionadas con las drogas, alcoholismo, condición psiquiátrica / psicológica, tratamiento de salud psiquiátrica / mental y / o condiciones relacionadas con el VIH.

Prohibición/Limitantes a condicionar la autorización: El médico con condicionaré el tratamiento a la firma de esta autorización, siempre y cuando que:

- Está recibiendo tratamiento relacionado con la investigación; o
- El único motivo por el cual el establecimiento le proporciona la atención médica es para hacer un reporte a un tercero, como su empleador (por ejemplo, aptitud para regresar al trabajo) o la escuela (por ejemplo, educación física).

Re-divulgación: Entiendo/comprendo que la información utilizada y / o divulgada de acuerdo con esta autorización ya no puede estar protegida por la ley federal de privacidad (también conocida como HIPAA) y el destinatario de mi información de salud puede volver a divulgarla. No obstante, bajo los requisitos federales de confidencialidad de abuso de sustancias, 42CFR Parte 2, el destinatario puede tener prohibido revelar información de abuso de sustancias identificable.

Vigencia: Esta autorización vencerá un año después de la fecha firmada, a menos que la instalación reciba una Revocación como se describe a continuación.

Revocación: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento informando al establecimiento por escrito enviando una carta a la entidad de CHI especificada en este comunicado o llenando la forma de "Revocación de Autorización". Entiendo/comprendo que si revoco esta autorización, no afectará ninguna acción que se haya tomado antes de recibir la carta de revocación. Entiendo/comprendo que el centro no puede rescindir las divulgaciones que ya ha realizado y puede utilizar mi información de salud según sea necesario para facturar y cobrar por los servicios prestados.

Esta autorización esta ligada: Las declaraciones hechas en esta autorización son ligadas, controladas/limitantes y entiendo/comprendo que tienen prioridad sobre las declaraciones hechas en el Aviso de Prácticas de Privacidad del establecimiento.

Entiendo/comprendo que me pueden cobrar una tarifa por las copias de mi registro médico.

Si esta autorización es para comercialización por parte del establecimiento cubierto, indique si la entidad cubierta recibirá una compensación por el uso y divulgación de información de salud protegida. Si No

Firma del representante individual o personal (Signature of Individual or Personal Representative)	Fecha (obligada) (Date [Required])	Hora (Time) <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.
Escriba con letra de molde nombre del representante personal del individuo (si corresponde) (Printed Name of Individual's Personal Representative [if applicable])		
Motivo para servir como representante personal de la persona (por ejemplo, padre, tutor legal) (Rationale for Serving as Personal Representative to the Individual [e.g., parent, legal guardian])		

(Por favor incluya documentación de respaldo, como documentos de poder notarial u otros documentos que establezcan el estado de representante personal, cuando corresponda.)