INCOMING TO MAHEC

MAHEC Dental Health Center
Centralized Medical Records Department

123 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803 | Business Office Phone: (828) 252-4290 | Fax: (828) 333-5871

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES, FECHAR Y FIRMAR

Nombre y apellidos del/la paciente:_____ **Fecha de nacimiento:**_____

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la arriba citada persona como se describe a continuación.

Se divulga la información por:	**Y se proporciona la información a:**
NOMBRE DE LA INSTALACIÓN:	**MAHEC Dental Health Center Centralized Medical Records Department**
DIRECCIÓN:	**123 Hendersonville Road**
CIUDAD/ESTADO TEL: FAX:	**Asheville, NC 28803**

El propósito o la necesidad de esta divulgación es:

Comprendo que la información que se divulga puede incluir información sensible acerca de salud conductual y/o mental, drogas y alcohol (incluyendo datos sobre un programa que provee diagnóstico y tratamiento de, o referencia por abuso de alcohol o drogas, como es definido por la ley federal en Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR Part 2), violación, abuso o maltrato (sexual, físico, hacia una persona mayor, conyugal, etcétera), aborto, enfermedades sexuales, tal como VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles y pruebas genéticas.

Información a ser divulgada: *(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))*

Información a ser divulgada: *(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))*

- ❑ Autorización estándar (anotaciones de los últimos tres años, informes de análisis de laboratorio y de radiografías, lista de medicinas, lista de alergias, registro de inmunizaciones, anotaciones de consultas.)
- ❑ Únicamente la información relacionada con (especifique):_____
- ❑ Únicamente el período de eventos de: _____hasta_____
- ❑ Exclusiones ___ Resultados de pruebas de VIH/SIDA, diagnóstico, tratamiento, e información relacionada
  ___ Resultados de pruebas de drogas e información sobre el uso de drogas y alcohol, y los tratamientos por ello.
  ___ Documentaciones de salud mental
  ___ Pruebas genéticas
- ❑ Expediente médico completo

Comprendo que esta autorización se vencerá 90 días después de la fecha de firma, al no ser que yo he especificado una fecha de vencimiento diferente o evento de vencimiento como se indica a continuación:_____

Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al MAHEC Privacy Officer (oficial de privacidad de MAHEC), 121 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803, y que esta autorización cesa de tener efecto en la fecha de notificación, excepto en la medida de las acciones ya tomadas en dependencia de ella.

Comprendo que la información usada o divulgada por esta autorización puede estar sujeta a otras divulgaciones por parte del destinario y posiblemente deje de estar protegida por las leyes federales o estatales.

Comprendo que la provisión de esta autorización no será un requisito para MAHEC para brindar tratamiento o elegibilidad de atención, a excepción si tal atención es: (1) relacionada con investigación, o (2) proporcionada solamente con el propósito de crear información protegida de salud para la divulgación a un tercero.

Al firmar a continuación, declaro que he leído y comprendo esta autorización.

FIRMA DEL/LA PACIENTE	**FECHA**
FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE AUTORIZADO/A DEL/LA PACIENTE, SI CORRESPONDE ***(Declare el parentesco con el/la paciente)***	**FECHA**
FIRMA DEL TESTIGO, SI CORRESPONDE	**FECHA**

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE HABERLA FIRMADO.