

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

**TODAS LAS SECCIONES de este formulario NECESITAN ser completas antes de que se pueda procesar su solicitud.
No olvide firmar y poner la fecha antes de entregarlo.**

Nombre legal 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. **Si la solicitud se refiere a más de 50 páginas se enviarán los documentos por correo, y no por fax. Por favor confirme su dirección postal a continuación.**

Se divulga la información por:	Y se proporciona la información a:
NOMBRE DE LA INSTALACIÓN: Departamento centralizado de registros médicos de MAHEC <input type="checkbox"/> Salud De familia <input type="checkbox"/> Obstetricia/Ginecología <input type="checkbox"/> Medicina interna <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Psiquiatría	NOMBRE DE LA PERSONA / ORGANIZACIÓN / INSTALACIÓN
DIRECCIÓN: 121 Hendersonville Road	DIRECCIÓN:
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: Asheville, NC 28803	CIUDAD/ESTADO TEL: FAX:

El propósito o la necesidad de esta divulgación es:

Quisiera recibir mis informes médicos: por fax por correos en persona (___ en forma de papel, o ___ en forma de CD)
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))
 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 destinatario 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.