

AUTORIZACION PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Seccion A: Esta seccion se debe completar para todas las Autorizaciones

Nombre del Paciente:	Fecha del Nacimiento:	Ultimos 4 digitos del numero de Seguro Social (opcional):		
<input type="checkbox"/> Las Palmas Medical Center 1801 N. Oregon El Paso, Texas 79902 PH 915-521-1389	Nombre del Destinatario:		Tel #:	
	Dirección 1:			
<input type="checkbox"/> Del Sol Medical Center 10301 Gateway West El Paso, Texas 79925 PH 915-594-2450	Dirección 2:			
	Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:

Solicitar entrega (si queda en blanco, se entregará una copia impresa): Copia impresa Medio electrónico, si lo hubiera disponible (p.ej. disco USB, CD/DVD, eDelivery) **NOTA:** Si el centro no pudiera hacer la entrega electrónica solicitada, se proporcionará un método de entrega alternativo (p.ej, copia impresa).

Correcto electrónico (si marcó correo-e anteriormente, escribir en letra imprenta legible): _____

Esta autorizacion concluirá en el siguiente: (escriba la fecha o el evento pero no ambos)

Fecha: _____ **Evento:** _____

Salvo que se especifique un periodo de tiempo mas breve, esta autorizacion concluire 180 dias despues de la fecha en que se firmo..

Descripcion de la informacion para ser utilizada o divulgada

Necesita usted notas de psicoterapia Si, entonces este es el unico expediente que usted puede solicitar en esta autorizacion. Usted debe someter otro autorizacion para otros expedientes abajo. No, entonces usted puede pedir todos los expedientes que usted necesita.

Area de service de tratamiento	Descripcion de la informacion			
<input type="checkbox"/> Centro Bariatrica <input type="checkbox"/> Rehabilitacion Cardiaca <input type="checkbox"/> Trasplante Renal <input type="checkbox"/> Clinica de la Anemia <input type="checkbox"/> Clinica de trastornos del sueno <input type="checkbox"/> CVIC <input type="checkbox"/> Clinica Minimamente Invasiva	<input type="checkbox"/> Rehabilitacion <input type="checkbox"/> Terapia Physica <input type="checkbox"/> Centro de Oncologia <input type="checkbox"/> Life Care Center <input type="checkbox"/> Centro de Heridas <input type="checkbox"/> Centro Diagnostico <input type="checkbox"/> Centro de salud de mujer	<input type="checkbox"/> Expediente Completo <input type="checkbox"/> Dx/informacion abstracta <input type="checkbox"/> Reporte de Emergencia <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta de Departamento de Emergencia <input type="checkbox"/> Resumen final de visita <input type="checkbox"/> Historial (H & P)	<input type="checkbox"/> Reportes de Consulta <input type="checkbox"/> Reportes de operacion <input type="checkbox"/> Reporte respiratorio <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Reportes de Radiologia <input type="checkbox"/> Estudios Cardiacos <input type="checkbox"/> Cobertura de expediente	<input type="checkbox"/> Reportes de Enfermera <input type="checkbox"/> Medicinas Tomadas <input type="checkbox"/> Consentimientos de Registracion <input type="checkbox"/> Notas de Progreso <input type="checkbox"/> Ordenes de doctor <input type="checkbox"/> Expediente Completo <input type="checkbox"/> Otro

Propósito de las copias:

Fecha del servicio requerido:

Por la presencia reconozco que la informacion liberada puede contener alcohol, abuso de la droga, psiquiatrico, prueba de Sida, resultados del Sida o Enfermedad transmitido por acto del sexo. _____ (Iniciales) Si esta informacion no aplica a usted, marque aqui.

Entiendo que:

1. Puedo rehusar a firmar esta autorizacion y que es estrictamente voluntario.
2. Si yo no firmo esta forma, mi asistencia medica y el pago para mi asistencia medica no se afectaran a menos que indicaran de otro modo en seccion C.
3. Puedo revocar esta autorizacion por escrito y no debe tener ningun efecto o ninguna accion tomada antes de la revocacion. Para mas detalles busque en el paquete de notificacion sobre "Privacidad de Informacion".
4. Si el solicitante o el receptor no son un plan de salud o proveedor de asistencia medica, la informacion revelada no podra ser protegida por regulaciones federales de intimidad y puede ser revelada y sus derechos bajo la ley federal "Privacidad de la Informacion" no podria aplicar y podria ser revelada a quien lo solicite.
5. Entiendo que puedo ver y poder obtener una copia de la informacion descrita en esta forma, para un honorario razonable de copia, si yo lo pido.
6. Obtendre una copia de esta forma despues que yo la firme.

Seccion B: Es la solicitud de Informacion Medica Protegida con el proposito de mercadeo? Si No

En caso afirmativo, el proveedor de atencion de la salud o el plan de salud debe completar la seccion B, lo contrario, vaya a la seccion C.

El destinatario recibira una compensacion financiera o en especie a cambio de utilizar o revelar esta informacion? Si No

En caso afirmativo, describir:

El destinatario de la PHI puede ofrecer la informacion a cambio de remuneracion monetaria? Si No

Seccion C: Firmas

He leído el susodicho y autorizo la revelacion de la informacion de salud protegida como declarado.

La firma de Paciente/Guardian/Representante de Paciente:	Fecha:
Imprima el Nombre de Paciente/Guardian/Representante de Paciente:	La relacion al Paciente: