

Escriba en letra de imprenta legible y tenga en cuenta que es OBLIGATORIO que el paciente y el testigo firmen al dorso del formulario.

AVISO IMPORTANTE: se exige esta autorización de acuerdo con lo establecido en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), Partes 160 y 164 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR). Autoriza a Southwest CARE Center (SCC) a divulgar o enviar Información médica protegida (Protected Health Information, PHI) sobre usted SOLAMENTE a aquellos que usted haya autorizado a recibir la información. El procesamiento de registros médicos puede tardar hasta 30 días hábiles.

En caso de una emergencia, su información de salud protegida no será divulgada a su contacto de emergencia a menos que usted lo indique a continuación.

Si tiene una discapacidad y solicita esta autorización en un formato alternativo o necesita una modificación especial para completar este formulario, puede solicitar asistencia al personal de SCC.

Esta autorización se mantendrá vigente durante doce (12) meses a menos que se indique lo contrario, y puede revocarse en cualquier momento mediante un aviso por escrito enviado al Oficial de Privacidad de SCC.

1. Objetivo para la autorización

Explique el objetivo de la publicación de sus registros médicos o Información de salud protegida (PHI): <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención médica con nuevo médico/proveedor, derivación, reclamaciones de seguro, legal <input type="checkbox"/> Divulgación de Información de salud protegida (PHI) a cónyuge, pareja, representante legal, otro: _____ <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia (nombre):

2. Información de contacto del paciente

Nombre del paciente (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
Nombres anteriores del paciente (p. ej. apellido de soltera):	
Dirección postal del paciente (dirección física o apartado de correos, ciudad, estado, código postal):	
Número de teléfono principal (con código de área):	

3. Por medio del presente, autorizo que los registros DE: Sean divulgados A:

Nombre	Nombre
Dirección	Dirección
Ciudad, estado y código postal	Ciudad, estado y código postal
Teléfono	Teléfono
Fax	Fax

4. Coloque las fechas y las iniciales en los recuadros a continuación para indicar qué registros médicos le gustaría divulgar.

Fecha de hoy	Iniciales del paciente	Divulgue los siguientes registros según se indica con mis iniciales y la fecha de hoy.	Los períodos incluyen: (mm/dd/aaaa)
		Mi registro médico COMPLETO , que incluye el tratamiento por abuso de sustancias (alcohol y drogas), pruebas y tratamiento de VIH/SIDA, y pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), tratamiento de salud conductual y pruebas genéticas.	
		Mis registros médicos EXCEPTO el tratamiento por abuso de sustancias (alcohol y drogas).	
		Mis registros médicos, EXCEPTO las pruebas y el tratamiento del VIH/SIDA, tratamiento de salud conductual y pruebas genéticas.	

5. Método de entrega preferido: Fax Correo de EE. UU. Llamar para retirar

6. Instrucciones especiales y método de entrega preferido (papel/correo de EE. UU./retiro). Indique cualquier información específica, instrucción especial, limitación o excepción con respecto a estas divulgaciones (registro de papel, CD ROM).

7. Declaración de entendimiento:

- Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito al Oficial de Privacidad de HIPAA de SCC. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada bajo esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros si la ley otorga a mi aseguradora el derecho a disputar una demanda bajo mi póliza.
- Entiendo que la autorización de divulgación o uso de esta información de salud protegida es voluntaria.
- Puedo negarme a firmar esta autorización.
- No es necesario que firme este formulario para recibir tratamiento en SCC. Entiendo que puedo revisar o recibir copias de la información que será utilizada o divulgada.
- Entiendo que la divulgación de información implica la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada por parte del destinatario y es posible que la nueva divulgación no esté protegida por las normas de confidencialidades estatales o federales.
- Tengo derecho a limitar la información divulgada.
- Se acepta una copia firmada de este formulario de divulgación enviada por fax para la divulgación de la Información médica protegida (PHI).

8. Esta autorización vencerá el _____ (mm/dd/aaaa). A menos que se revoque de otra manera, esta autorización caducará (12) meses a partir de la fecha de la firma. Para revocar esta autorización, se acuerda que la revocación se aplicará únicamente a futuras divulgaciones o acciones con respecto a su Información de salud personal y que no puede cancelar acciones o divulgaciones realizadas mientras la autorización estaba previamente vigente y válida. Envíe su solicitud por escrito a la atención de: Oficial de privacidad de HIPAA, P.O. Box 6880 Santa Fe, NM 87502-6880 o Fax: (505) 216-0195.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, comuníquese con el Departamento de Registros Médicos al: Teléfono (505) 989-8200 Int. 2005 o fax: (505) 216-0195.

Firma del paciente o representante legal	Fecha (mm/dd/aaaa):
Nombre del/de la paciente o representante legal en letra imprenta	Relación con el/la paciente
Firma del/de la testigo:	Fecha (mm/dd/aaaa)

Para uso administrativo únicamente

Iniciales del proveedor/nota de registro:	Número de rastreo:	Fecha de envío (mm/dd/aaaa):	Iniciales:
Fecha de digitalización en el registro médico electrónico (EMR) (mm/dd/aaaa):		Digitalizado en EMR verificado/iniciales:	