

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN**

**DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Al completar este documento se autoriza la divulgación y/o el uso de información médica sobre usted.

El hecho de no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

**USO Y DIVULGACIÓN**

**DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Otros nombres utilizados: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Expediente Médico o Nº de Cuenta: \_\_\_\_\_

Autorizo: \_\_\_\_\_

(Centro u otro proveedor)

Divulgar a: \_\_\_\_\_

(Personas/organizaciones autorizadas a **recibir** la información)

en la siguiente dirección: \_\_\_\_\_

(calle, ciudad, estado y código postal)

**Información sensible:** La información divulgada puede incluir lo siguiente (Indicar lo que aplica):

- \_\_\_\_\_ Salud mental (excluye las "notas de psicoterapia")
- \_\_\_\_\_ Registros de tratamiento por abuso de sustancias
- \_\_\_\_\_ Información sobre pruebas genéticas
- \_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH y enfermedades transmisibles

☐ LOS SIGUIENTES EXPEDIENTES, (No aplicable para el Centro de Pacientes en Línea) tipos específicos de información de salud, o expedientes para la(s) fecha(s) de tratamiento especificada(s) [marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)]:

- Resumen clínico
- Informes de urgencias
- Informes de procedimientos
- Informes de consulta
- Historial y examen físico
- Informes de rayos X
- Pruebas de laboratorio
- Informe de patología
- Pruebas especializadas (ECGs, etc.)
- Facturación detallada para la(s) fecha(s) de servicio:

Fecha(s) del servicio: \_\_\_\_\_

Otro(s): \_\_\_\_\_

☐ **TODOS LOS EXPEDIENTES (No aplicable para el Centro de Pacientes en línea)** relativos a mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria.

**Nota:** Se requiere una autorización por separado para el uso o divulgación de notas de psicoterapia o información sanitaria de investigación.

☐ **CENTRO DE PACIENTES EN LÍNEA/PORTAL DE PACIENTES**

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PROPÓSITO: El propósito y las limitaciones (si las hay) del uso o la divulgación solicitados son:

☉A petición del paciente o del representante personal; U

☉Otros: \_\_\_\_\_

EXPIRACIÓN:

**1. SOLICITUD DE EXPEDIENTES MÉDICOS (No aplicable para el Centro de Pacientes en Línea):** Esta autorización expirará automáticamente un (1) año a partir de la fecha de ejecución, a menos que se especifique una fecha de finalización diferente aquí: \_\_\_\_\_

(insertar fecha)

**2. CENTRO DE PACIENTES EN LÍNEA/PORTAL DE PACIENTES:** Esta autorización para la divulgación a través del Centro de Pacientes en Línea será efectiva por 10 años o hasta que sea revocada de acuerdo con las instrucciones que figuran a continuación en el apartado de MIS DERECHOS.

**MIS DERECHOS:**

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago o la elegibilidad para los beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección: Oficial de Privacidad de la Institución

St. Rose Dominican Hospital- Siena Campus  
3001 St. Rose Parkway, Henderson, NV 89502

Mi revocación entrará en vigor a partir de su recepción, excepto en la medida en que otros hayan actuado en función de esta autorización.

La información divulgada en virtud de esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. Esta nueva divulgación puede que no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA por sus siglas en inglés). Si esta autorización es para la divulgación de información sobre abuso de sustancias, es posible que se prohíba al destinatario divulgar la información según el 42 C.F.R. parte 2.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante personal)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del representante personal      Relación con el paciente

Identificación del paciente/representante verificada: Iniciales: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_

Nota: Si la información sobre el **tratamiento por abuso de sustancias** está protegida por las normas federales de confidencialidad (42 C.F.R. parte 2), las siguientes declaraciones de prohibición de re-divulgación deben ser proporcionadas al receptor de la información:

Las normas federales prohíben al destinatario la divulgación de la información a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitido por el 42 C.F.R. parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar a cualquier paciente que abuse del alcohol o las drogas.