

SECCIÓN A: ¿Quién solicita autorización?

Nombre del paciente _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Nombre(s) anterior(es), si corresponde
XXX-XX- _____

Número de Seguro Social (solo los últimos 4 dígitos) _____

Código de área y número de teléfono _____

Fecha de nacimiento (Mes/ Día/ Año) _____

SECCIÓN B: ¿Quién proporcionará esta información? (Entidad de ECU Health, dirección y teléfono)

SECCIÓN C: ¿Quién recibirá esta información?

Nombre/Dpto.: _____

Dirección: _____

SECCIÓN D: ¿Cómo se enviará/recibirá el consentimiento?

- Enviar a la dirección de la Sección C Recoger
- MyChart. Si le ha dado acceso como apoderado a MyChart a otros, su(s) apoderado(s) no podrán ver la información a menos que usted apunte los nombres de los apoderados que desea que puedan verla:

- Correo electrónico: _____
- Otro: _____
- Se han comunicado los riesgos relacionados con la transmisión electrónica de Información Médica Protegida.**

SECCIÓN E: Describir el motivo de la solicitud.

- Abogado/Legal Atención continua
- Uso personal Seguro
- Otro: _____

SECCIÓN F: Describir la Información Protegida sobre Salud específica a ser utilizada o divulgada, incluyendo la(s) fecha(s):

- Notas de psicoterapia para la(s) fecha(s) _____ **Si la casilla está marcada, se debe completar un formulario de autorización aparte para poder autorizar la divulgación de cualquier otro tipo de información protegida sobre salud (PHI, por sus siglas en inglés).**
- Totalidad del expediente de tratamiento Fecha(s): _____
- Estados de cuentas Fecha(s): _____
- Informes de laboratorio Fecha(s): _____
- Imágenes de diagnóstico (rayos X, etc.) Fecha(s): _____
- Otro (describir): _____ Fecha(s): _____

SECCIÓN G: Al firmar a continuación afirmo mi entendimiento que:

- Esta autorización es voluntaria. El tratamiento o pago no será afectado si no firmo este formulario, excepto según lo disponga la ley.
- Entiendo que la información divulgada puede estar relacionada con el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o con el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) Infección, atención psiquiátrica y/o evaluación psicológica, y tratamiento para abuso de alcohol y/o drogas. También comprendo que la información puede ser nuevamente divulgada por parte del destinatario, en dicho caso ya puede no estar protegida bajo la Ley de Privacidad HIPAA.
- Puedo revocar mi autorización en cualquier momento notificando por escrito a la entidad indicada en la Sección B, pero si revoco esta autorización no tendrá ningún efecto sobre cualesquier acciones que la entidad pueda haber tomado antes de recibir la revocación.

SECCIÓN H: Expiración y revocación

Esta autorización se vence (seleccione uno): (Escriba la fecha que Ud. desea establecer): _____ **O** (Escriba el evento o la fecha): _____

SECCIÓN I: Firma

Por medio del presente autorizo el uso o la divulgación de la Información Protegida sobre Salud (PHI, por sus siglas en inglés) según se describió anteriormente.

Firma del paciente **O** representante personal del paciente _____

Fecha (Mes/ Día/ Año) _____

Hora _____

Signature of individual releasing requested PHI (Firma de la persona que divulga la PHI solicitada)

Print Name of individual releasing PHI (Nombre en letra de molde de la persona que divulga PHI solicitada)

SECCIÓN J: Si la Sección I está firmada por un Representante Personal, favor de completar la información a continuación:

Nombre del representante en letra de molde: _____ Relación con el paciente: _____

Firma de la persona que verifica la autoridad del representante: _____

Nombre en letra de molde de la persona que verifica la autoridad del representante: _____



3195/EH-051