

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 protegida sobre la salud.

SECCIÓN E: Describir el motivo de la solicitud.

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

SECCIÓN F: Describir la Información protegida sobre la 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 la salud.**
- | | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Totalidad del expediente de tratamiento | Fecha(s): _____ |
| <input type="checkbox"/> Estados de cuenta | Fecha(s): _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | Fecha(s): _____ |
| <input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico (rayos X, etc.) | Fecha(s): _____ |
| <input type="checkbox"/> Apuntes de la clínica | Fecha(s): _____ |
| <input type="checkbox"/> 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.
- Esta es una autorización plena que incluye información relacionada con el VIH/SIDA, la atención psiquiátrica y/o la evaluación psicológica, y el tratamiento del abuso de alcohol y/o drogas (de conformidad con 42 CFR Parte 2).
- La información puede ser nuevamente divulgada por parte del destinatario, en cuyo caso puede dejar de estar protegida por las leyes federales y estatales de protección de la privacidad.
- 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

 Firma del paciente **O** representante personal del paciente
 Signature of individual releasing requested PHI (Firma de la persona que divulga la PHI solicitada)

 Fecha (Mes/ Día/ Año) _____ Hora _____
 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: _____

