

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Lea este formulario en su totalidad antes de firmar y complete todas las secciones que correspondan a sus decisiones relacionadas con la divulgación de información de salud protegida.

NOMBRE DEL PACIENTE O INDIVIDUO:

Fecha de nacimiento:

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Mes _____ Día _____ Año _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono Alt. _____ Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Motivo de la Divulgación: Tratamiento/atención médica continua Uso Personal
 Facturación o reclamaciones Seguro Fines legales Determinación de discapacidad
 Escuela Empleo Otro _____

AUTORIZO A ARIZONA BLOOD & CANCER SPECIALISTS A DIVULGAR MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A:

Persona/Nombre de la organización: _____ Teléfono: (____) _____
 Dirección: _____ Fax: (____) _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿QUIENES PUEDEN RECIBIR Y USAR LA INFORMACION DE SALUD? ¿Podemos divulgar su información a su: cónyuge, hijo(s), adulto(s), hermano(s) u otra persona? Si su respuesta es sí, escriba el nombre, información de contacto y relación con usted.

Persona/Nombre de la organización: _____ Relación: _____
 Dirección: _____ Fax: (____) _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿QUÉ INFORMACION PUEDE SER DIVLUGADA? Complete lo siguientes indicando los puntos que desea divulgar. Se requiere la firma de un paciente menor de edad para la liberación de algunos puntos. En caso de liberación de la información de salud completa, marque solo la primera casilla.

Información de salud completa Órdenes del médico Notas de evolución Información de facturación
 Historiál/examen físico Alergias del paciente Resumen del alta Informes de radiología
 Medicamentos pasados/actuales Informes operativos Informes de pruebas diagnósticas
 Resultados de laboratorio Informes de consultas Radiografías de diagnósticos por imágenes
 Informes de patología Otro _____

Se requieren sus iniciales para la liberación de la siguiente información:

___ Registros de salud mental (excepto las notas de psicoterapia) ___ Información (incluidos los resultados de las pruebas genéticas)
 ___ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias (excepto la Parte 2) ___ Resultados/tratamiento de la prueba VIH/SIDA

Sus iniciales en esta posición sirven como consentimiento específico para divulgar la información protegida descrita anteriormente. Usted reconoce que esta información, una vez divulgada, puede perder su estado de protección y estar sujeta a una divulgación posterior.

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

PERIODO DE VIGENCIA: Esta autorización es válida hasta el momento en que ocurra la muerte del individuo, hasta que el individuo alcance la mayoría de edad o hasta que se retire el permiso, lo que ocurra primero; o hasta la siguiente fecha específica (opcional): Día _____ Mes _____ Año _____

DERECHO DE REVOCACIÓN: Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante un aviso por escrito que indique mi intención de revocar esta autorización a la personal u organización nombrada bajo “QUIENES PUEDEN RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD”. Entiendo que las acciones anteriores llevadas a cabo por entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud en virtud de esta autorización no se verán afectadas. Si revoco esta Autorización, debo enviar una solicitud por escrito a: **Arizona Blood and Cancer Specialists, (***)**, A/A: **Oficial de privacidad**. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha liberado en virtud de esta Autorización ni aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgué a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza.

AUTORIZACIÓN DE FIRMA: He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información según han sido descritos. Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene las divulgaciones permitidas o requeridas por la ley o que se han producido a través de mi autorización previa, y que la información divulgada de conformidad con esta autorización pueda estar sujeta a una divulgación posterior por parte del destinatario y pueda ya no estar protegida por leyes de privacidad federales o estatales.

FIRMA X _____
Firma del individuo o representante legalmente autorizado del individuo
FECHA

Nombre en letra imprenta del representante legalmente autorizado (si corresponde): _____

De ser el representante, especifique la relación con el individuo: Padre/madre del menor Tutor Otro _____

Se puede solicitar prueba de autoridad legal como representante antes de la divulgación de los registros.

FIRMA X _____
Firma de la persona menor de edad
FECHA

Método de entrega: Correo postal Correo electrónicos Fecha de retiro: _____

Formato solicitado Impreso Medios electrónicos CD (Solo para imagenología)
 Los registros se enviarán por correo postal automáticamente 10 días después de la fecha de retiro. (Inicial) _____

RECHAZO DE CIFRADO DE CORREO ELECTRÓNICO O MEDIOS electrónicos:

Solicitud de medios electrónicos no cifrados Solicitud de correo electrónicos no cifrado

Si se solicita la entrega electrónica de registros, ya sea por medios o correo electrónico, la entrega se realizará mediante un método cifrado seguro. Si elige rechazar la entrega segura, su elección de recibir los registros a través de un método no cifrado sirve como reconocimiento de los riesgos asociados y la renuncia y liberación de Arizona Blood & Cancer Specialists, sus empresas matrices y filiales, entidades afiliadas, directores, funcionarios, empleados y agentes (“Partes liberadas”) contra cualquiera y todos las reclamaciones, presentes o futuras, relacionadas con la entrega no segura de la información de su registro de salud.

CARGOS: De acuerdo con HIPAA, Arizona Blood and Cancer Specialists (Especialistas en sangre y cáncer de Arizona) puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo para proporcionar una copia de los registros solicitados por usted, que puede incluir mano de obra para copiar los registros (pero no la búsqueda y recuperación), suministros para copiar en papel o soporte electrónico, envío postal y preparación de un resumen, si ha aceptado el resumen en lugar del registro real; y como alternativa, si se solicitó un registro electrónico y está disponible, una tarifa fija de \$6.50 que incluye gastos de envío y suministros. Si la solicitud de registros fue realizada por alguien que no sea el paciente o el representante del paciente, se aplicaran las tarifas especificadas por el estado en el que se encuentran los registros, si corresponde.

Estoy informado del costo de las copias (coloque sus iniciales) _____