

Autorización para la divulgación de expedientes médicos



Yo _____, autorizo a CareATC a divulgar mi información médica protegida.

Información del paciente

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Últimos 4 dígitos del número de seguro social (SSN) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Dirección de correo electrónico _____ Empleador _____

La información que debe divulgarse de mi expediente médico: (marque las casillas correspondientes)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos/alergias | <input type="checkbox"/> Expediente médico completo (conjunto de expedientes designados) |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes médicos/exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/ patología/radiología | <input type="checkbox"/> Notas sobre la evolución | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

No se divulgará información confidencial a menos que se autorice específicamente a continuación: (marque las casillas correspondientes)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de detección de drogas y consumo de alcohol | <input type="checkbox"/> Expedientes de tratamientos de salud mental | <input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de ITS |
|--|--|---|

Indicaciones de envío: **seleccione uno:** Correo electrónico Correo postal Fax

Divulgar los expedientes a:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fax _____ Dirección de correo electrónico _____

Propósito de la solicitud: Solicitud del paciente Derivación Otro: _____

Acepto lo siguiente:

- Para anular esta autorización en cualquier momento, puedo enviar una revocación por escrito a la dirección indicada al final de este formulario. Mi revocación no afectará a la información que ya haya sido retenida, utilizada o divulgada en respuesta a esta autorización. Esta autorización tendrá una vigencia de un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que esta se anule antes.
- Es posible que la información compartida bajo esta autorización pueda ser divulgada nuevamente por el receptor y deje de estar protegida por las leyes federales de privacidad.
- La información autorizada para su divulgación puede incluir registros confidenciales que indiquen la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS).
- La información que puede divulgarse incluye información médica protegida relacionada con la salud mental. La divulgación de expedientes de salud mental o notas de psicoterapia puede requerir el consentimiento del proveedor de tratamiento o una orden judicial.
- La información autorizada para la divulgación puede incluir expedientes de tratamiento por abuso de drogas o consumo de alcohol. Esta categoría de expedientes e información médica está protegida por las normas del programa federal de confidencialidad (parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR)). Las normas federales prohíben que cualquier persona que reciba esta información o expediente realice más divulgaciones, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por la autorización por escrito del titular de la información, o esté permitida por la Parte 2 del Título 42 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a pacientes con abuso de drogas o consumo de alcohol. Por lo tanto, al firmar a continuación, autorizo específicamente la divulgación de cualquiera de los expedientes incluidos en mi información médica.
- Renuncio a todos los derechos y privilegios permitidos por la ley en relación con la divulgación de información confidencial y exoneró al centro, sus agentes y empleados de cualquier responsabilidad legal que pudiera surgir de la divulgación de esta información.
- Esta autorización tendrá una vigencia de un (1) año a partir de la fecha de la firma o el (indique fecha de caducidad o evento) _____

Firma del paciente (o representante si es menor de edad): _____ **Fecha:** _____

Relación con el paciente: _____