



Autorización para divulgación de información médica protegida

ANEXO B Hacer

dos copias. Entregar una al paciente. Conservar original en archivo de LSUHSC-NO.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Domicilio _____
Ciudad/Estado/Código postal _____
Teléfono: _____

Poder para divulgar información médica protegida

Mediante este documento autorizo a _____ a divulgar la información identificada en este formulario de autorización presente en los archivos médicos de _____ a _____.

Información que se divulgará, correspondiente al período de atención médica: Desde (fecha) ____ / ____ / ____ hasta (fecha) ____ / ____ / ____ Marque los tipos de

información que desee que se divulguen:

<input type="checkbox"/> Historia clínica completa	<input type="checkbox"/> Códigos de diagnósticos y tratamientos	<input type="checkbox"/> Informe de alta	<input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia
<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	<input type="checkbox"/> Informes de consultas	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<i>(Si se marca la opción de arriba, el resto de la IMP debe indicarse en otro formulario de autorización)</i>
<input type="checkbox"/> Resultados de análisis	<input type="checkbox"/> Informes de radiografías	<input type="checkbox"/> Radiografías/Imágenes	
<input type="checkbox"/> Fotografías, videos	<input type="checkbox"/> Historial completo de facturación	<input type="checkbox"/> Factura desglosada	
<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____			

Finalidad de la divulgación solicitada de información médica protegida

Autorizo la divulgación de mi información médica protegida con los siguientes fines (por ejemplo, "cuando la solicite la persona"): _____

Si esta autorización es para marketing o para venta de IMP, ¿LSUHSC-NO recibirá dinero gracias a esta autorización? Marcar una opción: Sí No Iniciales

Divulgación de información sobre abuso de drogas o alcohol, atención psiquiátrica y VIH/SIDA

Comprendo que, si mi información médica o de facturación incluye datos que hagan referencia al abuso de drogas o alcohol, a atención psiquiátrica, a enfermedades de transmisión sexual, a análisis de hepatitis B o C, o a demás información sensible, estoy aceptando su divulgación. Marcar una opción: Sí No

Comprendo que, si mi información médica o de facturación contiene datos relativos a análisis o tratamientos del VIH/SIDA (virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida), estoy aceptando su divulgación. Marcar una opción: Sí No

Derecho a revocar la autorización

Si bien esto no afecta las acciones ya efectuadas a partir de esta autorización, la autorización se puede revocar en todo momento mediante el envío de una notificación por escrito a _____ a _____. A menos que se revoque, esta autorización caducará en la siguiente fecha o tras el siguiente período o evento _____.

Redivulgación

Comprendo que la información divulgada a partir de esta autorización puede ser divulgada a su vez por el destinatario y ya no quedar protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996.

Firma del paciente o del representante que podrá solicitar la divulgación

Comprendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que no se me negará el tratamiento ni el pago de los servicios si no firmo este formulario. Sin embargo, si se me prestan servicios médicos a los fines de suministrar información a un tercero (por ejemplo, un análisis de capacidad laboral), comprendo que se pueden negar los servicios si no autorizo la divulgación de la información relativa a dichos servicios médicos al tercero. Tengo la posibilidad de revisar y copiar la información médica protegida que se vaya a utilizar o divulgar. Mediante el presente documento, libero y eximo de toda responsabilidad a LSUHSC-NO y sus directivos, directores, empleados y estudiantes, y el abajo firmante los liberará de toda responsabilidad por el cumplimiento de esta autorización.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Descripción de la relación si no es el paciente: _____