

Rev. 1/24

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y REVELAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE
PÁGINA 1 DE 1

Tipo de solicitud

Copias de la información Revisión de la información in situ Autorización verbal que permite al personal hablar de los cuidados

Client/Patient Information

Nombre en letra de molde _____ Fecha de nacimiento _____ Núm. de teléfono _____ Últimos 4 dígitos _____
(Apellido, nombre, segundo nombre) (DD/MM/AAAA) SS

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (ZIP Code)

Lugar de atención médica/proveedor (quién tiene la información que desea que se divulgue)

Eskenazi Health (incluye a Sandra Eskenazi Mental Health Center) Otro - Indique a continuación:

Nombre _____ Núm. de teléfono _____ Núm. de fax _____

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (ZIP Code)

Destinatario (quién puede recibir la información/a dónde quiere que se envíe)

Nombre _____ Núm. de teléfono _____ Núm. de fax _____

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (ZIP Code)

Información por divulgar (¿qué desea que se envíe o divulgue? Marque la casilla correspondiente.)

Fecha de servicio desde _____ hasta _____

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Registros de vacunación/alergia | <input type="checkbox"/> Informe radiológico (radiografía/TAC/RMN) |
| <input type="checkbox"/> Center of Hope | <input type="checkbox"/> Registros de emergencia | <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio/patología | <input type="checkbox"/> Notas de rehabilitación (FT, TO, PATOLOGÍA DEL HABLA) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas (incluye el estado y tratamiento de VIH/sida) | <input type="checkbox"/> Vídeos/imágenes | <input type="checkbox"/> Informe de medicación | <input type="checkbox"/> Registros de trastornos por uso de sustancias ("SUD") (como el uso de alcohol/drogas, la derivación y tratamiento) |
| <input type="checkbox"/> Resumen/notas del alta | <input type="checkbox"/> Fotografías forenses | <input type="checkbox"/> Registros de salud mental | <input type="checkbox"/> Exclusiones de la historia clínica (ej. SUD, salud mental) |
| | <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas | <input type="checkbox"/> Notas de progreso/clínica | <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____ |
| | <input type="checkbox"/> Historial e informe físico | <input type="checkbox"/> Informe(s) operativo(s) | |

Historia clínica completa (definido como el registro designado establecido por Eskenazi Health). Incluye **TODO** lo anterior: toda la información demográfica, fechas de ingreso y alta, resultados/informes de pruebas, órdenes, hojas de flujo, todas las notas/informes de tratamiento, fotos/imágenes, registros de facturación, registros de enfermedades contagiosas (incluido el estado y tratamiento del VIH/sida, registros de salud mental y todos los registros de trastornos por uso de sustancias (en concreto, diagnóstico, derivación y tratamiento del consumo de alcohol y drogas).

Instrucciones de divulgación

Su información médica protegida se le proporcionará en formato de archivo .pdf a menos que se especifique a continuación.

Seleccione el método/formato: My Chart Papel Número de fax _____ DVD USB
 Correo electrónico _____ Otro formato solicitado _____

Los registros electrónicos se entregan en un método seguro/cifrado. Sin embargo, tengo la opción de recibir mis registros en un formato no seguro/no encriptado. Al poner mis iniciales aquí, entiendo que el correo electrónico o los medios no encriptados (como CD, DVD, unidad flash USB, etc.) no se consideran un medio de comunicación confidencial. Se me ha ofrecido un método seguro para recibir mis registros y he elegido recibirlos sin la protección de la encriptación. Estoy de acuerdo en renunciar a cualquier derecho que pueda tener contra Eskenazi Health, cualquier organización afiliada, o médico, o los proveedores, por cualquier información comprometida debido a los fallos técnicos y/o violación involuntaria de la confidencialidad.

Propósito de la solicitud (¿por qué se necesita?)

Continuación o transferencia de cuidados Elegibilidad/facturación del seguro* Legal/litigios* Uso personal/solicitud particular* Abogado
 Otros _____ *Pueden cobrarse tasas de acuerdo con la norma federal 45 C.F.R. §164.524 y la ley de Indiana.

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

A menos que haya puesto una limitación más arriba, esta divulgación también se refiere a los registros cuya confidencialidad está protegida por los Reglamentos Federales (42 CFR Parte 2) o la Ley Estatal (IC 16-39-2) con respecto a la hospitalización o tratamiento, inscripción, facturación y otros servicios relacionados que pueden incluir información para el tratamiento y/o asesoramiento de la conducta y la salud mental, trastorno por uso de sustancias (como el diagnóstico, derivación y tratamiento del abuso de alcohol y/o drogas), documentación de enfermedades contagiosas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), genética y agresión sexual.

Se podrá cobrar una tasa por la preparación de una copia y/o el acceso a los registros solicitados.

Esta autorización expirará, a menos que sea revocada, en la siguiente fecha, evento o condición _____.

Si no especifico una fecha de expiración, evento o condición, esta autorización expirará en 60 días. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento por escrito a Eskenazi Health excepto si la divulgación se hace de buena fe y ya ha ocurrido en base a esta autorización.

Eskenazi Health no condicionará el tratamiento, la inscripción de pago o la elegibilidad para recibir prestaciones a la firma de esta autorización, excepto en los casos permitidos por la normativa HIPAA.

Entiendo que la información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales. Al firmar esta autorización, libero a Eskenazi Health de toda responsabilidad resultante de una nueva divulgación por parte del destinatario.

Con mi firma indico que leí y entiendo este formulario y que autorizo la divulgación de mi información según lo descrito anteriormente.

Fecha _____
Si el paciente no puede firmar, obtenga el consentimiento de su representante legal e indique el motivo. La prueba del nombramiento debe archivarse en el expediente o enviarse junto con la solicitud.

Firma del paciente _____
Firma del representante legal y relación con el paciente _____
Motivo firmado por el paciente _____
Firma del testigo _____

Department Use Only
Released by _____
Date _____



1058S1 OF 1