

**Autorización para divulgar información médica protegida o de facturación (Authorization to Disclose PHI)**

**Información del paciente: Concedo mi permiso para divulgar la información médica de: (Un paciente por formulario)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Últimos 4 números del N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

*Si bien Novant Health utilizará medidas razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de los correos electrónicos enviados y recibidos, no podemos garantizar la seguridad y confidencialidad de todas las comunicaciones efectuadas por este medio.*

<b>Divulgar información de:</b>	<b>Divulgar información a:</b>
(Enumerar centros y/o consultorios correspondientes)	(Nombre del centro, persona, compañía) (Vínculo)
	(Dirección o casilla de correo postal, ciudad, estado, código postal)
	(Número de teléfono)

**Propósito de la divulgación (marcar un motivo):**  Solicitud individual/personal  Seguro  Discapacidad  
 Indemnización por enfermedad o accidente de trabajo  
 Propósito legal, incluidos debates y procesos judiciales  Otro: \_\_\_\_\_

**Deben completarse las fechas de tratamiento para que los registros sean divulgados:** Fechas de tratamiento DESDE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_

<b>Hospital (marcar todas las opciones que correspondan):</b> <input type="checkbox"/> Resumen de hospital <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico <input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria <input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Informes de consultas <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de diagnóstico <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Indicaciones del médico	<input type="checkbox"/> Notas sobre progreso <input type="checkbox"/> Registro de emergencias <input type="checkbox"/> Informes cardíacos/ECG <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes radiológicos/radiográficos <input type="checkbox"/> Informes patológicos <input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Consultorio/Clinica (marcar todas las opciones que correspondan):</b> <input type="checkbox"/> Resumen de consultorio/clínica <input type="checkbox"/> Visitas al consultorio <input type="checkbox"/> Examen físico <input type="checkbox"/> Informes de consultas <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de diagnóstico <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes radiológicos <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Registro completo (sin incluir notas de psicoterapia)		<input type="checkbox"/> Registro completo (sin incluir notas de psicoterapia)

<b>Formato (seleccionar solo una opción):</b> <input type="checkbox"/> Copia impresa (pueden aplicarse cargos) <input type="checkbox"/> Copia electrónica <input type="checkbox"/> CD (puede aplicarse cargos) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Método de entrega:</b> <input type="checkbox"/> Correo postal de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Recolección <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	---

- Comprendo que:**
- Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Debo presentar la cancelación por escrito y enviar o entregar la cancelación al centro o consultorio que realiza la divulgación mencionado anteriormente. Cualquier cancelación se aplicará exclusivamente a la información que todavía no haya sido divulgada por el centro o consultorio.
  - Esta es una divulgación completa que incluye información relacionada con salud conductual/mental, tratamiento por abuso de drogas y alcohol (de conformidad con la Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR]), información genética, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, a menos que esté limitado por las selecciones anteriores.
  - Una vez que se divulgue mi información médica, el destinatario podrá divulgar o compartir mi información con otras personas y es posible que mi información ya no cuente con las protecciones de privacidad federales y estatales.
  - Si no firmo este formulario no se impedirá mi posibilidad de recibir tratamiento, el pago, la inscripción en un plan médico o la elegibilidad para recibir beneficios.
  - Es posible que se cobre un cargo por proporcionar la información médica protegida.
  - Tengo derecho a recibir una copia de este formulario si la solicito.

Este permiso vence 90 días después de la fecha de mi firma, excepto que se indique una fecha o un evento distinto aquí: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

**Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o se ve imposibilitado para firmar, un representante personal autorizado puede firmar el formulario.**

**Registrar el vínculo/la autoridad en el caso de que la firma no sea la del paciente (es posible que se solicite una prueba escrita):**

Agente médico/Apoderado bajo poder  Tutor  Ejecutor/Administrador/Apoderado  Padre  Familiar más próximo  
 Otro: \_\_\_\_\_

Firma del menor: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

If limited English proficient or hearing impaired, offer interpreter at no additional cost:  
 Interpreter accepted \_\_\_\_\_  Interpreter refused \_\_\_\_\_  
(Name/Number of person/services chosen/used)

**For office use only**  
Date of release: \_\_\_\_\_ via  mail  fax  other \_\_\_\_\_  ID verified  DL/Other ID \_\_\_\_\_  
NH Employee Name & Title: \_\_\_\_\_ NH Employee User ID: \_\_\_\_\_ Date/Time: \_\_\_\_\_