

Formulario de autorización HIPAA

¿Quién puede discutir su información médica?

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Acerca de este formulario:

- Este formulario permite a las personas indicadas a continuación disponer de información sobre su atención médica y/o pago, ya sea verbalmente en persona o por teléfono.
- Este formulario permite a Promise Healthcare informar a las personas indicadas a continuación (o a una organización de ayuda en caso de catástrofe) de su ubicación, estado de salud o fallecimiento.
- Este formulario **NO** sustituye al formulario de "Divulgación de información" que permite obtener copias de los historiales médicos.

No deseo autorizar a Promise Healthcare a discutir mi información médica con nadie.

ESTAS PERSONAS PUEDEN TENER MI INFORMACIÓN MÉDICA:

1. Nombre:		Relación con usted:	
N.º de teléfono		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
2. Nombre:		Relación con usted:	
N.º de teléfono		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
3. Nombre:		Relación con usted:	
N.º de teléfono		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

TIPOS DE INFORMACIÓN APROBADOS:

<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Información de citas	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas
<input type="checkbox"/> Información de facturación	<input type="checkbox"/> Tratamientos	<input type="checkbox"/> Servicios Dentales	<input type="checkbox"/> Otros: _____ _____

Al firmar, autorizo a Promise Healthcare a hablar sobre mi información médica (o la de mi dependiente) con la persona mencionada anteriormente. Entiendo que este formulario NO reemplaza la 'Divulgación de información' y no permite que las personas mencionadas anteriormente reciban copias de mi historia clínica.

Firma del paciente/padre/tutor: _____ Fecha: _____

Formulario de autorización HIPAA (Cont.)

INFORMACIÓN MÉDICA SENSIBLE QUE DEBE DARSE A CONOCER (Inicial y fecha requeridas para cada ítem):

Entiendo que la información aprobada arriba puede contener información médica sensible que requiere mi consentimiento específico para poder ser discutida. Al poner mis iniciales en cada ítem, autorizo específicamente a Promise Healthcare a hablar sobre los siguientes temas delicados con las personas que figuran en este formulario:

- | | | |
|--|------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Salud mental/conductual | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Genética | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Reproductivo | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> VIH / SIDA / Enfermedades de Transmisión Sexual | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |

Nota: La siguiente información médica de un paciente de 12 a 17 años (paciente menor de edad) está restringida de la siguiente manera:

El consumo de drogas/alcohol, la salud reproductiva, el SIDA/VIH, otras enfermedades de transmisión sexual, el control de la natalidad, las agresiones sexuales, así como cualquier información médica generada como resultado del consentimiento independiente y legalmente autorizado del paciente menor de edad para recibir tratamiento, requieren la firma del paciente menor de edad para ser tratados.

La información en materia de salud mental o discapacidades del desarrollo estará disponible tras la firma del paciente menor de edad, siempre que éste haya sido informado y no se oponga a su divulgación. De lo contrario, la ley de Illinois solo permite que los padres o tutores del paciente menor de edad dispongan de información limitada sobre salud mental o discapacidades del desarrollo.

Si el paciente es menor de edad (12-17 años), Promise Healthcare exige que un adulto sea testigo de la firma.

Firma del paciente/padre/tutor:	La fecha de hoy:
Firma del testigo:	La fecha de hoy:
Nombre del testigo (impreso):	N.º de teléfono del testigo:
Relación del testigo con el paciente:	

Esta autorización será válida mientras el paciente siga siendo paciente de Promise Healthcare, a menos que el paciente designe una fecha de vencimiento o revoque la autorización por escrito. Si el paciente completa varias versiones de este formulario, todas las versiones anteriores de este formulario serán nulas y solo se aceptará el formulario más reciente con la fecha de firma más reciente. Si el paciente es menor de edad al momento de la firma, esta autorización se vence cuando el menor cumpla la mayoría de edad.