

AUTORIZO A HEALTHPOINT (DBA BVCAA) A DIVULGAR INFORMACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: Fecha de Nacimiento:

Correo Electrónico: Teléfono:

¿CÓMO DIVULGAREMOS LA INFORMACIÓN? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

☐ Por correo electrónico seguro para descargar los expedientes (entrega en 1 a 2 días) ☐ Por fax

☐ Por correo postal* (entrega en 7 a 14 días, según USPS)

*Los expedientes que excedan 60 páginas tendrán un cargo de \$15.00.

¿A QUIÉN DIVULGAREMOS LA INFORMACIÓN? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

Nombre/Organización:

☐ Enviar enlace por correo electrónico a: ☐ Enviar por fax a:

☐ Enviar por correo postal a esta dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Fechas de Servicio (Marque una y complete las fechas de servicio si es necesario)

☐ Proporcione una copia completa de mi expediente para el servicio del al

Expedientes a Divulgar (45 CFR § 164.508(c)).

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Expediente completo | ☐ Notas de consulta | ☐ Interconsultas |
| ☐ Informes de radiología | ☐ Imágenes de radiología | ☐ Medicamentos |
| ☐ Vacunas | ☐ Informes quirúrgicos | ☐ Terapia física |
| ☐ Facturación detallada | ☐ Informes de laboratorio | ☐ Otro <input type="text"/> |
| ☐ Expedientes de Salud Conductual / Trastorno por Uso de Sustancias | | |

Iniciales

Entiendo que los expedientes que he autorizado a divulgar pueden incluir información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de un trastorno por uso de sustancias o una afección de salud conductual que goza de protección especial conforme a la ley federal (42 CFR Parte 2). Al colocar mis iniciales aquí, consiento específicamente la divulgación de estos expedientes protegidos. Entiendo que, una vez divulgada, esta información puede estar sujeta a redivulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por 42 CFR Parte 2.

Propósito de la Divulgación

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Atención continua | ☐ Transferencia de atención | ☐ Médico que refiere | ☐ Discapacidad |
| ☐ Legal/Abogado | ☐ Seguro | ☐ Otro | <input type="text"/> |

Indique su aceptación marcando las siguientes casillas:

- ☐ Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción con base en esta autorización (45 CFR § 164.508(c)(2)(i)).
- ☐ Entiendo que el tratamiento o el pago no pueden condicionarse a que yo firme esta autorización, salvo en ciertas circunstancias, como la participación en programas de investigación o la autorización para divulgar resultados de pruebas con fines de empleo previo a la contratación (45 CFR § 164.508(c)(2)(ii)).
- ☐ Entiendo que mis expedientes son confidenciales y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito, salvo cuando la ley lo permita. La información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a redivulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida. Entiendo que la información específica que se divulgará puede incluir, entre otros, antecedentes, diagnóstico y/o tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental o enfermedad transmisible, incluidos el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (45 CFR § 164.508(c)(2)(iii)).

Esta autorización vencerá a los ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de mi firma, a menos que la revoque antes de ese momento.

Firma:

Nombre en letra de molde del paciente:

Parentesco con el paciente (si no es el paciente):

Fecha:

Motivo si el paciente no puede firmar:

(Proporcione documentación de tutela, albacea del patrimonio, certificado de defunción o poder notarial con la solicitud.)