

CenterWell ACE

Autorización para la publicación y divulgación de información de salud protegida (Proveedores y entidades de cuidado de la salud)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Correo electrónico del paciente: _____
No. de teléfono particular: _____ No. de teléfono celular: _____

Este formulario se puede utilizar para autorizar la publicación y divulgación de información de la salud protegida (“**PHI**”) DE entidades de CenterWell ACE, entre ellas CenterWell Senior Primary Care, Conviva Care Center y Elite Health Medical Centers (en adelante, “**CenterWell**”) a un proveedor o entidad de cuidado de la salud específico, o a toda una clase de proveedores y entidades de servicios de cuidado de la salud. Alternativamente, el formulario se puede utilizar para autorizar la publicación y divulgación de PHI A CenterWell de un proveedor o entidad de cuidado de la salud específico, o de una clase completa de proveedores y entidades de servicios de cuidado de la salud.

AUTORIZO A LA SIGUIENTE PERSONA O ENTIDAD PARA DIVULGAR MI PHI:

Marque una sola casilla únicamente

Cualquier médico, profesional de cuidado de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico u otro proveedor de cuidado de la salud que me haya proporcionado pagos, tratamiento o servicios a mí o en mi nombre.

O

El siguiente proveedor o entidad de cuidado de la salud:

Nombre: _____ No. de teléfono: _____
Número de fax: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

LA SIGUIENTE PERSONA O ENTIDAD PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR MI PHI:

Marque una sola casilla únicamente

Cualquier médico, profesional de cuidado de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico u otro proveedor de cuidado de la salud que me haya proporcionado pagos, tratamiento o servicios a mí o en mi nombre.

O

El siguiente proveedor o entidad de cuidado de la salud:

Nombre: _____ No. de teléfono: _____
Número de fax: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

DIVULGAR MI PHI DESDE:

Marque una sola casilla únicamente

Todas las fechas pasadas y futuras **O** De: _____ a _____
Fecha de inicio Fecha de finalización

INFORMACIÓN DE LA SALUD QUE DEBE SER DIVULGADA – Lea detenidamente

Entiendo que este formulario de autorización puede permitir la publicación, el uso o la divulgación de mi información de la salud protegida ("PHI"), incluida la PHI recopilada y mantenida por el proveedor o entidad (es decir, los proveedores o entidades) identificados anteriormente, información sobre programas de tratamiento de la salud, información del plan y recursos para cuidadores. Comprendo y afirmo que, al marcar cualquier casilla a continuación y firmar este formulario, doy mi consentimiento expreso e informado para la divulgación de toda la información confidencial y los registros de tratamiento relacionados que pueden ser contenidos dentro de estos registros, incluyendo pero no limitado a: enfermedades de transmisión sexual; enfermedades transmisibles; VIH/SIDA, incluidos los resultados de las pruebas y el tratamiento; abuso de sustancias, alcohol y/o drogas; salud mental y del comportamiento (excluidas notas de psicoterapia), información/pruebas genéticas; y otras afecciones relacionadas.

Indique a continuación la PHI que desea que se divulgue. Si se va a divulgar toda la información, marque solo la primera casilla.

Divulgación completa. Divulgar mi conjunto de registros completo, que incluye, sin limitaciones, expedientes clínicos, información del plan/datos de reclamaciones y registros/referidos externos (de o a otros proveedores, especialistas o centros de tratamiento).

Divulgación limitada. No divulgar mi conjunto de registros completo; divulgar sólo los elementos o la información marcada a continuación:

- | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones/Vacunas | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Farmacia/Recetas | <input type="checkbox"/> Pedidos |
| <input type="checkbox"/> Datos de seguros/reclamaciones | <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento | <input type="checkbox"/> Procedimientos | <input type="checkbox"/> Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Registros/derivaciones externas (de o hacia otros proveedores o centros de tratamiento) | | | |
| <input type="checkbox"/> Servicios de diagnóstico por imágenes (radiografías, electrocardiograma, etc.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Otra (describa): | | | |

PROPÓSITO: El objetivo de esta autorización es el tratamiento o la continuación de cuidado médico, pago u operaciones de cuidado de la salud. Si la autorización es para un fin distinto del indicado anteriormente, por favor especifique: _____

PERÍODO DE VIGENCIA: esta autorización es válida hasta la muerte del paciente, o en **36 meses** a partir de la fecha de la firma, lo que ocurra primero.

ENTIENDO QUE:

Puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito a CenterWell, en la que se indica mi intención de revocar esta autorización.

La firma de esta autorización es voluntaria. Las decisiones de tratamiento, pago, inscripción/afiliación o elegibilidad no estarán condicionadas a mi decisión de firmar este formulario de autorización, excepto según lo autoricen los reglamentos federales de privacidad.

La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de la información y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

El hecho de negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de información de la salud protegidas que de otra manera está permitida por la ley sin mi autorización o permiso específicos, incluidas las divulgaciones a entidades cubiertas según lo prohíba la ley estatal o por el Título 45 del C.F.R. 164.502(a)(1).

AUTORIZACIÓN MEDIANTE LA FIRMA: He leído este formulario y acepto los usos, publicaciones y divulgaciones de mi información de la salud protegida según se describe.

Firma del paciente o del representante legal autorizado del paciente*

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante legalmente autorizado (si corresponde)

Fecha

*Si es representante, describa su autoridad para actuar en nombre de esta persona y provea la documentación correspondiente (tutor, poder legal, apoderado para la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud, etc.):
