



Autorización para el Uso o Divulgación de Información Protegida Sobre la Salud DE Austin Regional Clinic

Deben completarse TODAS las secciones para que la autorización se considere válida.

Sección I – Información del Paciente:

Nombre Legal del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Sección II – Divulgar (liberar o dar) Información a:

Por la presente autorizo a Austin Regional Clinic (ARC, por sus siglas en inglés), o a un socio de negocio trabajando en su nombre o en su representación, a que divulgue información de mi registro médico a: \*\*

Enviar Copias por correo a:  Entregar electrónicamente a:  Guardar para que el paciente la recoja  Discutir la información médica con:

Nombre/Instalación (lugar): \_\_\_\_\_ A la atención de: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Sección III – Propósito de la Solicitud:

Propósito de la Solicitud:  Personal  Atención Médica Continua (segunda opinión o referir a un especialista)  Seguro  Legal

Transferencia (¿Motivo, razón? \_\_\_\_\_)  Otro: \_\_\_\_\_

Sección IV – Información Para ser Divulgada (liberada o dada) (Marque todo lo que aplica):

Fechas de Servicio (Opcional) de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_ Clínica y / o Médico / Clínico de Práctica Avanzada (Opcional): \_\_\_\_\_

- Resumen de 2 años (incluye 3-6 meses de diagnósticos)  Notas Sobre el Progreso
- Informes de Laboratorio  Informes Sobre Imágenes Realizadas
- Lista Actual de Medicamentos  Lista de Problemas
- Resultados o hallazgos de diagnosis (informes de procedimientos, ECG, por sus siglas en inglés, etc)  Inmunizaciones
- Información sobre facturación (datos sobre cargos)  Toda Información Sobre la Salud
- Otro: \_\_\_\_\_

Algunas solicitudes pueden ser cobradas – Vea la explicación de ARC sobre la cuota (costo) por la liberación (divulgación) de información.

Section V - Autorización Para Divulgar (Liberar o Dar) Información Protegida

Se requieren iniciales para divulgar la siguiente información:

- Pruebas de VIH / SIDA e Información Relacionada\* \_\_\_\_\_  Tratamiento de salud mental \_\_\_\_\_
- Pruebas de Hepatitis C e Información Relacionada\* \_\_\_\_\_  Información de Pruebas Genéticas \* \_\_\_\_\_
- Pruebas de Hepatitis C e Información Relacionada\* \_\_\_\_\_  Tratamiento de Abuso de Alcohol y/o Sustancias\* \_\_\_\_\_

Autorizo específicamente a ARC a liberar (divulgar) mi Información de Salud Protegida como se describe en este formulario a los destinatarios enumerados (listados) anteriormente. Entiendo que cuando la información se use o se divulgue conforme a esta autorización, que puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las regulaciones estatales o federales de privacidad. Entiendo que ARC tiene mi autorización para usar o divulgar mi Información de Salud Protegida para un propósito (descrito en este documento) distinto al (que no sea) tratamiento, pago, u operaciones de atención médica. He leído la autorización y entiendo qué información se usará o se divulgará, quién puede usar o divulgar esta información, y quién es el destinatario (o los destinatarios) de esa información. Entiendo que el tratamiento, el pago, la matriculación, o la elegibilidad para beneficios no pueden ser condicionados (afectados) al firmar yo ésta autorización.

ATENCIÓN: Este es un documento legal. Por favor léalo detenidamente. Al firmar, usted acuerda que entiende y acepta los términos enumerados (listados) arriba.

- Si el/la paciente tiene 18 años de edad o más, el/la paciente tiene que firmar y poner la fecha en el formulario.
- Si el/la paciente tiene 18 años de edad o más pero no tiene la capacidad para firmar, alguna persona sustituta y legalmente autorizada puede firmar y poner la fecha en el formulario. Por favor indique su autoridad legal abajo e incluya documentación de su parentesco (relación).
- Si el/la paciente tiene 17 años o menos, uno de los padres del paciente o su tutor legal tiene que firmar y poner la fecha en el formulario, al menos que exista alguna excepción bajo la ley estatal o federal. Por favor indique su parentesco u relación abajo. Al firmar, declaro que mis derechos parentales no han sido revocados (anulados) por un tribunal de justicia.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha\* \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Madre / o de representante legalmente reconocido \_\_\_\_\_ Fecha\* \_\_\_\_\_

Nombre escrito en letra del padre / o de representante legalmente reconocido \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

\*Esta Autorización está en vigor (válida) por 90 días (30 días para tratamiento de abuso de alcohol/drogas) al menos que usted especifique lo contrario: Usted puede revocar (anular) esta Autorización en cualquier momento proporcionando una declaración por escrito al Health Information Management Department (Departamento de Gestión de Información de Salud), excepto en la medida que ARC ya ha completado la acción al respecto.

\*\* La información que se divulgue conforme a esta Autorización puede ser divulgada de nuevo por la institución receptora o individuo receptor a otros individuos u organizaciones que no están sujetos a las leyes de protección de privacidad.

1CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DEL PACIENTE DE ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS. Esta información ha sido divulgada a usted de registros protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 C.F.R., por sus siglas en inglés, Parte 2). Las Regulaciones Federales le prohíben a usted hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional se permita expresamente con el consentimiento por escrito de la persona a quien corresponde o según lo permitido por 42 C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las Reglas Federales restringen cualquier uso de esta información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.