

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: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Últimos 4 números del N.º de Seguro Social: _____
 Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: () _____
 Dirección de correo electrónico: _____

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.

Divulgar información de:	Divulgar información a:
(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: _____

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

Formato (seleccionar solo una opción): Copia impresa (pueden aplicarse cargos) Copia electrónica
 CD (puede aplicarse cargos) Otro: _____

Método de entrega: Correo postal de los EE. UU. Recolección
 Correo electrónico 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

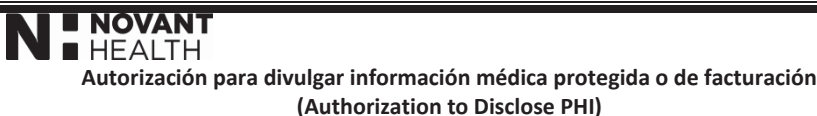
Otro: _____

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: _____



Patient Name: _____
 DOB: _____
 Or label
 Name / MR# / Label