

ACE de CenterWell

Autorización para la publicación y divulgación de información de salud protegida POR PARTE DE CenterWell

NOMBRE DEL PACIENTE		
DIRECCIÓN	CIUDAD	Código postal
FECHA DE NACIMIENTO	CORREO ELECTRÓNICO	
NO. DE TELÉFONO PARTICULAR	NO. DE TELÉFONO CELULAR	

Este formulario autoriza a las entidades ACE de CenterWell, incluidos CenterWell Senior Primary Care y Conviva Care Center (en conjunto, “CenterWell”) a publicar y divulgar mi información de salud protegida (“PHI, por sus siglas en inglés”) a una persona, organización o clase de proveedores de cuidado de la salud específicas, como se indica a continuación:

Marque solo una casilla

Clase de proveedores de cuidado de la salud: Cualquier médico, profesional de cuidado de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico u otro proveedor de cuidado de la salud que me ha proporcionado (o está proporcionando en la actualidad) pagos, tratamientos o servicios a mí o en mi nombre.

O

Persona u organización específicas:

Nombre: _____

No. de teléfono: _____

Número de fax: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Parentesco/relación: _____

INFORMACIÓN MÉDICA A PUBLICAR – *Lea detenidamente.*

Entiendo que este formulario de autorización puede permitir la publicación, el uso o la divulgación de mi información de salud protegida (PHI), que incluye PHI recolectada y almacenada por CenterWell, información sobre programas de tratamiento médico, información sobre planes y recursos para cuidadores. **Entiendo y afirmo que al marcar cualquiera de las casillas que figuran a continuación y firmar este formulario, doy mi consentimiento expreso e informado para que se publique toda la información confidencial y los registros de tratamiento asociados que pueden formar parte de estos registros, incluidos, entre otros, los siguientes:** enfermedades de transmisión sexual; enfermedades transmisibles; VIH/SIDA, incluidos los resultados de las pruebas y los tratamientos; farmacodependencia o alcoholismo; salud mental y conductual (salvo notas de psicoterapia), información/pruebas genéticas, y otras afecciones relacionadas.

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

Divulgación completa. Divulgar todos mis registros, que incluyen, sin restricción alguna, expedientes médicos, información sobre planes/datos sobre reclamaciones y registros/referencias externos (desde/hacia otros proveedores, especialistas o centros).

Divulgación limitada. No divulgar todos mis registros; divulgar únicamente la información indicada a continuación:

<input type="checkbox"/> Inmunizaciones/vacunas	<input type="checkbox"/> Notas de evolución	<input type="checkbox"/> Farmacias/medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Pedidos
<input type="checkbox"/> Datos sobre seguros/reclamaciones	<input type="checkbox"/> Planes de tratamiento	<input type="checkbox"/> Procedimientos	<input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio
<input type="checkbox"/> Registros/referencias externas (desde/hacia otros proveedores o centros)	<input type="checkbox"/> Servicios de diagnóstico por imágenes (radiografías, electrocardiogramas, etc.)		
<input type="checkbox"/> Otra (describa): _____			

(Opcional) Fechas específicas de tratamientos*. Autorizo la divulgación de PHI solo a partir de las fechas de tratamiento indicadas a continuación:

Del (fecha) _____ Al (fecha) _____

**Elegir fechas específicas de tratamiento no afectará la fecha/evento en el que la autorización dejará de estar vigente.*

PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN: Publicar información a solicitud de la persona que autoriza la divulgación. Si esta autorización es para un fin distinto del indicado, especifique:

PERÍODO DE VIGENCIA: Esta autorización estará vigente hasta el evento que ocurra primero: la muerte del paciente o **36 meses** a partir de la fecha de firma. **Opcional:** puede indicar un período menor a 36 meses aquí: _____ mes(es).

ENTIENDO QUE:

- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento presentando un aviso por escrito a mi centro de atención primaria y manifestando mi intención de revocar esta autorización.
- Firmar esta autorización es una decisión voluntaria. Las decisiones de tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad no estarán condicionadas a mi decisión de firmar este formulario de autorización, excepto según lo autoricen los reglamentos federales de privacidad.
- Quien recibe la información puede volver a divulgarla conforme a esta autorización, y es posible que ya no cuente con la protección de las leyes federales o estatales.
- Negarse a firmar este formulario no impide la divulgación de la información de salud protegida que de otra manera está permitida por la ley sin mi autorización o permiso específicos.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE LA FIRMA: He leído este formulario y acepto el uso, publicación y divulgación de mi información de salud protegida según se describe.

Firma del paciente o del representante legal autorizado del paciente* **Fecha**

Nombre en letra de imprenta del representante legal autorizado (si corresponde) **Fecha**

*Si es representante, describa su potestad para actuar en nombre de esta persona y brinde la documentación correspondiente (tutor, poder legal, sustituto de cuidado médico, etc.): _____