

# CenterWell ACE

## Autorización para la publicación y divulgación de información de salud protegida A CenterWell

NOMBRE DEL PACIENTE		
DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO	CORREO ELECTRÓNICO	
NO. DE TELÉFONO PARTICULAR	NO. DE TELÉFONO CELULAR	

Autorizo a las siguientes personas a publicar y divulgar mi información de salud protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés) a las entidades de CenterWell ACE, incluidos CenterWell Senior Primary Care y Conviva Care Center (en conjunto “CenterWell”):

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

Entidad de cuidado de la salud o proveedor específicos:

Nombre: \_\_\_\_\_

No. de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Tipo de proveedor/entidad: \_\_\_\_\_ (especialista, hospital, clínica, laboratorio, etc.)

### 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 la entidad o proveedor de cuidado de la salud encargados de la divulgación, 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<br>(desde/hacia otros proveedores o centros) | <input type="checkbox"/> Servicios de diagnóstico por imágenes<br>(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 la entidad o proveedor de cuidado de la salud encargados de la divulgación 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 del representante legal autorizado en imprenta (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.): \_\_\_\_\_