

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD



Revelación de información

Lea el formulario completo antes de firmar y complete todas las secciones que corresponden a sus decisiones sobre la revelación de información de salud protegida

Nombre del paciente/miembro: _____ NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	Fecha de nacimiento: _____ MM/DD/AAAA
Dirección: _____	Teléfono: (____) _____
Número de expediente médico (opcional): _____	
Número de miembro de Presbyterian Health Plan (opcional): _____	

Autorizo a Presbyterian Healthcare Services a usar o revelar mi información de salud protegida a:

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

Fax: (____) _____

Se puede revelar la información del (fecha) _____ al (fecha) _____
MM/DD/AAAA MM/DD/AAAA

Tipo de información que se puede revelar (puede seleccionar más de una opción):

Resumen (por ejemplo, historial y condición física, consultas, notas de procedimientos/operaciones, resumen del alta, informes de laboratorio y radiografías)

Notas del consultorio Informes de laboratorio Informes de radiografías

Beneficios Información de facturación o reclamos Autorizaciones previas

Notas y resultados del análisis de: _____

Otros: _____

Motivo de la revelación:

Tratamiento/Atención médica continua Propósitos legales Uso personal

Determinación de discapacidad Escuela Empleo

Facturación o reclamos Seguros

Otros: _____ Administración de la atención/coordinación de la atención

Autorización para hablar sobre la información de salud:

Al colocar mis iniciales aquí, ___ autorizo a _____ para que hable
(Nombre del proveedor de atención médica individual)

sobre mi información de salud con mi abogado, una agencia del gobierno u otros _____
(Abogado/firma, agencia del gobierno u otra persona)

Se requieren sus iniciales para revelar esta información:

Infecciones/enfermedades de transmisión sexual (ITS/ETS)

Resultados de la prueba/tratamiento de VIH/SIDA (*Esta información se le reveló a usted de expedientes cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal prohíbe que usted revele dicha información sin el consentimiento específico de la persona a la que pertenece, o según lo permita la ley estatal. NMSA 1978, §24-2B-7*)

Información de salud mental/conductual

Expedientes de abuso de drogas, alcohol o sustancias

Información genética

PROHIBICIÓN PARA VOLVER A REVELAR LA INFORMACIÓN: Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) y las leyes estatales (NMSA 1978, §24-1-9.6; §24-2B-7; §32A-6A-24; y §43-1-19) prohíben que se siga revelando información de salud mental o del tratamiento por abuso de drogas o alcohol y de los resultados de las pruebas de VIH/SIDA y otras infecciones/enfermedades de transmisión sexual a cualquier persona o agencia sin tener otra autorización por escrito apropiada para ese propósito, o según lo permitan las regulaciones federales y las leyes estatales.

PATIENT IDENTIFICATION

El reverso de la hoja DEBE completarse



Comprendo que esta Autorización vencerá dentro de seis (6) meses o

En una fecha específica: _____ **Otro:** _____
MM/DD/AAAA

- ◇ Comprendo que esta Autorización es voluntaria. Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización, y que negarme a firmar esta autorización no afectará mi capacidad o la capacidad del paciente o del miembro para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para obtener los beneficios.
- ◇ Comprendo que esta Autorización puede revocarse o cancelarse por escrito en cualquier momento, excepto en los casos en que se haya actuado según esta autorización. La revocación o cancelación debe llevar mi firma o la firma de la persona que me represente y debe enviarse a la dirección que se indica abajo.
- ◇ Comprendo que la información revelada puede estar sujeta a una nueva revelación por parte de quienes la recibieron y podría ya no estar protegida por ninguna norma de privacidad federal y estatal de información de salud. También comprendo que tengo derecho de tener una copia de esta Autorización firmada.

FIRMA: _____ **Fecha:** _____
Firma de la persona o del representante autorizado legalmente de la persona MM/DD/AAAA

Nombre en letra de molde del representante autorizado legalmente (si corresponde): _____
Si firmó el representante, especifique la relación con la persona: Padre/madre de menor de edad Tutor Otro: _____

Se requiere la firma de un menor de edad para la revelación de ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo, la revelación de información relacionada con ciertos tipos de atención médica reproductiva, infecciones de transmisión sexual, abuso de drogas, alcohol o sustancias y tratamiento de salud mental.

FIRMA: _____ **Fecha:** _____
Firma del menor de edad MM/DD/AAAA

Envíe la solicitud a una de estas opciones:

- (1) Health Information Management/Medical Records Department
PO BOX 26666, Albuquerque, NM 87125-6666
- (2) FAX: 1-505-841-1153
- (3) Correo electrónico: phsroi@phs.org
¿Tiene preguntas? 1-505-841-1944

Más información:

- *Aviso: Si envía la información de salud a Presbyterian Healthcare Services por correo electrónico, es probable que su mensaje se envíe en un correo electrónico no cifrado. Un correo electrónico no cifrado significa que se corre el riesgo de que un tercero pueda leer la información del mensaje y cualquier documento adjunto que se envíe por internet.*
- *Si la firma no es del paciente, la solicitud **DEBE** incluir una copia de la documentación legal que verifique al representante personal del paciente o del miembro (por ejemplo, el nombramiento de tutor expedido por el tribunal, un poder legal duradero de atención médica).*
- *En caso de pacientes/miembros fallecidos, una orden o registro del tribunal con el nombramiento de un fiduciario, ejecutor o administrador, o una carta de nombramiento de parte del tribunal de sucesiones o de un fideicomisario debe agregarse a una autorización firmada por la persona mencionada.*

Si esta Autorización no se completa, firmada y fechada, podría devolverse y la información no se revelará hasta que esté completa.