

CONE HEALTH MEDICAL GROUP

PETICIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Dirija la revocación o investigaciones pertinentes a esta petición a (*site name, address, phone, and fax*):

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

LEA ATENTAMENTE:

Cone Health, sus empleados, oficiales y médicos por este medio son liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información a continuación, en la medida indicada y autorizada en el presente. Yo autorizo el uso o la divulgación de mi información médica de identificación personal como se describe a continuación. Esto incluye información relacionada a la salud mental, abuso de drogas/alcohol y diagnóstico de VIH/SIDA. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud ni médico, la información divulgada ya no puede estar protegida por las normas de privacidad federales o estatales. Entiendo que, si solicito que mis expedientes médicos se manden por correo electrónico o por fax, esto no se considera un sitio seguro y mi información de salud podría ser vista por alguien aparte de mí.

Entiendo que, a menos que revoque antes esta autorización, vencerá el (*fecha*): _____. Si no se indica fecha, se indica que esta divulgación vencerá en 90 días desde la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo a Cone Health por escrito; si la revoco, no tendrá ningún efecto sobre las acciones que Cone Health tomó antes de recibir la revocación. Entiendo que Cone Health no me puede obligar a firmar esta autorización como condición para recibir tratamiento de Cone Health excepto: (i) cuando Cone Health me proporcione tratamiento relacionado con la investigación; o (ii) cuando Cone Health me proporcione atención médica únicamente con el propósito de crear la información médica protegida para divulgación a otra persona.

*****PUEDE HABER UN CARGO POR LA REPRODUCCIÓN DE DISCOS/PELÍCULAS/CINTAS MÉDICAS.*****

La reproducción de mi información médica protegida debe proporcionarse de la siguiente manera (marque todas las que aplican):

Impresión en papel CD/DVD/USB Correo Fax al # _____ Recoge el destinatario autorizado

Yo autorizo a Cone Health o a _____ a divulgar la siguiente información a:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

La información debe ser divulgada con el fin de: Continuidad de la atención Representación legal Crédito de la escuela

Solicitud del paciente Otro (especifique) _____

Información a ser divulgada:

Fechas que cubre el periodo o periodos de atención médica de: _____ a _____

Selección de las siguientes opciones (marque todas las que aplican): Fechas de servicio Resumen de alta hospitalario

Historial y examen físico Notas de progreso de oficina Prueba de laboratorio Informes de rayos X

Otro (especifique): _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma de: Padres Tutor legal Representante autorizado (*adjunte copia de los documentos legales*) Fecha _____

USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN

OFFICE USE ONLY:

Driver's License # _____ Staff Signature (*STAFF MUST CHECK LEGAL PICTURE I.D. PRIOR TO SIGNING*) _____ Date _____

DATE PROCESSED: _____ NUMBER OF PAGES: _____ INITIALS: _____ CHECK ONE: MAILED FAXED PICKED UP