Chris Anoatubby
Governor

AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO DEL PACIENTE O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ **Número de reistro medico**:_____

Fecha de nacimiento: _____ **Últimos cuatro números del Seguro Social:** _____

Número de teléfono: (____) _____

Persona/organización que recibirá PHI:

_____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de teléfono: (____) _____

Nombre de la persona/organización para divulgar su PHI:

_____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de teléfono: (____) _____

Records requested: ☐ Resumen de salud ☐ Hoja frontal ☐ Hisotia de salud y disico medico
☐ Notas de progreso del medico ☐ Resumen de alta ☐ Cardiologia ☐ Resumen de operacion ☐ Ordenes del medico
☐ Notas de enfermera/o ☐ Laboratorio ☐ Informes de imagenes ☐ CD/DVD de imagenes
☐ Fracturcion detallada de recivos ☐ Imagenes dentales ☐ Atención domicilaria
☐ Reistro completo (Autorizacion adicional necesaria para notas BH)
☐ Servicios de salud del comportamiento (Conserjeria familiar/grupal puede requerir autorización)
☐ Notas psiquiatricas/psicoterapeuticas: _____

_____
La ley federal requiere la autoizacion del proveedor Fecha/hora

☐ Otros requisitos: _____

Fecha(s) de la(s) visita(s) necesarias: _____
La informacion se obtendrá, se utilzara o se divulgara únicamente para los siguientes fines:

☐ Asenguranza ☐ Tratamiento continuo ☐ Legal ☐ A peticion del paciente o de su representante
☐ Otros (especifique): _____
Metodo preferido para recibir registros: ☐ Recoger ☐ Enviar a la dirección de correo

☐ Direccion de correo electronico: _____
Si es illegible, no se intentara la entrega del correo electrónico. *Entiendo que la comunicacion por correo electronico pueda no ser segura, lo que genera un riesgo de diculgacion inadecuada a personas no autorizadas. Al ingresar una dirección de correo electrónico, acepto ese riesgo y no responsabilizara a CNDH en caso do que ocurra tal incidente. CNDH se reserva el derecho de restringir que ciertas solicitudes no se envíen por correo electrónico por su seguridad o debido al tamerio del archivo de la PHI solicitada.*

Entiendo que al firmar voluntariamente esta autorizacion:

- Autorizo el uso o divulgacion de mi PHI como se describe anteriormente para los fines enumerados.
- Tengo derecho a retirar el permiso para la divulgacion de mi información. Si firmo esta autorizacion para usar o divulger informacion, puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocacion debe realizarse por escrito a la persona/organizacion que divulga la información y no afectara la información que ya haya diso utilizada o divulgada.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorizacion.
- Entiendo que, a menos que el proposito de esta autorizacion sea determiner el pago de un relamo de beneficios, firmar esta autorizacion no afectara mi elegibilidad para deneficios, tratamiento, inscripción o pago de reclamos.
- Mi informacion medica puede indicar que tengo una enfermedad transmissible y/o no transmissible que puede incluir, entre otras, enfermedades como hepatitis, sifilis, gonorrea, VIH o SIDA y/o puede indicar que tengo o he sido tratado por afecciones psicologicas o psiquiátricas o abuso de sustancias.
- Entiendo que puedo cambiar esta autorizacion en cualquier momento escribiendo a la persona/organizacion que divulga me PHI.
- Entiendo que no puedo restringir informacion que ya haya sido divulgada en base a esta autorizacion.
- La informacion utilizada o divulgada de conformidad con la autorizacion puede estar sujeta a una nueve divulgacion por parte del receptor y ya no estar protegida por la regulación de privacidad.

_____ _____
Firma del paciente o representante legal Fecha/hora

_____ _____
La descripcion de la autoridad del representante legal con la documentacion de respaldo debe estar en los archivos de CNDH.

Fecha de vencimiento o evento. Si no se indica lo contrario, la autorización se vence en un ano.