

Autorización para Compartir información



NOMBRE DE LA OFICINA: _____

1. COSAS QUE DEBE SABER (AVISOS DE PRIVACIDAD):

- a) Debe saber que **si usa un seguro médico de un titular de la póliza/padres** para los servicios, IHA y la aseguradora pueden compartir su información con el titular de la póliza/padres para los servicios prestados. **Además, les explicarán los beneficios y pueden tener acceso a la información médica y de facturas relacionada con su visita.**
- b) Entender que este consentimiento **estará vigente** hasta que usted lo cancele por escrito o durante el **período específicamente mencionado** aquí: _____. Además, debe entender que usted puede denegar el permiso para la revelación de este tipo de información si da un aviso por escrito a su médico. **Tiene que decirnos por escrito si desea cambiar a su representante** (persona designada por usted para tener acceso a su portal e información de atención médica).
- c) Si usted da permiso para que compartamos su información médica con otra persona, esa persona podría **volver a revelar** su información médica y ésta ya no estaría protegida por las normas federales de privacidad. Su atención médica no se afectará si no firma este formulario. **Cuando compartimos información con otros, ellos pueden compartirla con otras personas.**

Aquí es donde usted (el paciente) completa SU información.

2. PACIENTE: _____ / _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL INTERMEDIA APELLIDO DE SOLTERA U OTRO FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Aquí es donde completa a QUIÉN quiere que se le permita el acceso de su información.

3. DOY MI CONSENTIMIENTO para compartir mi información médica con esta persona involucrada en mi atención:

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ (Si está disponible)

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ (Si está disponible)

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____

Aquí es donde USTED decide si autoriza a IHA a compartir su información conforme se menciona abajo.

4. ESTOY DE ACUERDO/ME NIEGO a compartir esta información: (ESTA AUTORIZACIÓN SE APLICA A TODAS LAS OFICINAS DE IHA)

TENGA EN CUENTA QUE: SI SE NIEGA A COMPARTIR TODA LA INFORMACIÓN O ALGUNA ESPECÍFICA, NO PODEMOS AGREGAR UN REPRESENTANTE A SU PORTAL DEL PACIENTE.

ESTOY DE ACUERDO en compartir/revelar toda información, **INCLUYENDO revelación de lo mencionado abajo.**

Consentimiento especial de información: enfermedad relacionada con VIH (virus de inmunodeficiencia humana), pruebas de detección O enfermedades de transmisión sexual; SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o ARC (complejo relacionado al SIDA); información sobre tratamiento por consumo de alcohol y abuso de drogas; información sobre servicios de salud mental y sociales. Además, otra información privada como información sobre embarazo y manejo de anticonceptivos puede compartirse.

EXCLUSIÓN: los expedientes excluidos de la revelación son los que cumplen los requisitos del código CFR 42 Parte 2 y necesitan un consentimiento aparte para su revelación.

ESTOY DE ACUERDO en compartir/revelar información, **EXCLUYENDO las áreas de consentimiento especial mencionadas arriba.**

ESTOY DE ACUERDO en compartir/revelar **SOLO** esta información específica: _____

DAR AL REPRESENTANTE ACCESO AL PORTAL: ESTOY DE ACUERDO en compartir/revelar toda la información relevante, **INCLUYENDO las áreas de consentimiento especial mencionadas arriba.** Entiendo que firmando estoy dando a la persona PRINCIPAL mencionada arriba el acceso como mi representante al portal del paciente que incluye información médica, incluyendo, entre otros : medicamentos, citas anteriores y futuras, todos los mensajes de hacia mis proveedores, resultados de pruebas de laboratorio y radiología, vacunas, áreas de consentimiento especial indicadas arriba e información de facturación.

ME NIEGO a compartir/revelar mi información médica.

COLOQUE AQUÍ SUS INICIALES EN SU ELECCIÓN

FIRMA DEL PACIENTE FECHA PADRE/TUTOR FECHA