

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Sección A: Esta sección debe completarse para todas las autorizaciones

| | | | |
|--|---------------|---|---|
| Apellido del paciente: _____ | | Nombre del paciente: _____ | Fecha de nacimiento del paciente: _____ |
| Teléfono: _____ | | Correo electrónico: _____ | |
| Dirección: _____ | | | |
| Ciudad: _____ | Estado: _____ | Código postal: _____ | |
| Ubicación/Sede de tratamiento ERC Pathlight: _____ | | ERC Pathlight Fecha (s) de tratamiento: _____ | |
| Propósito de la divulgación (por ejemplo, a solicitud del paciente): _____ | | | |

Por la presente autorizo a Eating Recovery Center/Pathlight Mood & Anxiety Center a
(*por favor, marque al menos uno*):

Intercambiar con
(p. ej., de proveedor a proveedor)

Entregar a
(por ejemplo, un miembro de la familia o abogado)

Obtener de
(p. ej., solicitar registros a otro proveedor)

| | | |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| Nombre del destinatario: _____ | Relación con el paciente: _____ | |
| Teléfono: _____ | Correo electrónico: _____ | |
| Dirección: _____ | | |
| Ciudad: _____ | Estado: _____ | Código postal: _____ |

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de la siguiente información de salud:

Historia clínica completa

**Nota: Los registros relacionados con lo siguiente requieren una autorización específica para su divulgación:*

Tratamiento de abuso de sustancias

Pruebas genéticas

ETS/VIH/SIDA

Afecciones psiquiátricas y/o de salud mental

Informes o pruebas de agresiones sexuales

SOLO los siguientes registros de salud (marque todos los que correspondan):

Notas de progreso

Plan de alta y cuidados posteriores

Nutrición/Dietética

Medicamentos

Información médica/de enfermería

Registros de facturación

Progreso educativo

Fecha(s) de servicio(s)

Planes de tratamiento

Evaluación(es)

Órdenes/Resultados de laboratorios/pruebas



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Otros: _____

Sección B: El método con el que desea que se entreguen los registros

Correo electrónico encriptado

Dirección de correo electrónico del destinatario: _____

Correo electrónico no encriptado

Dirección de correo electrónico del destinatario: _____

Memoria USB a la dirección del destinatario indicada anteriormente (es posible que se requiera un software para descryptar)

Fax (la información solicitada debe tener menos de 50 páginas)

Número de fax del destinatario: _____

Papel: por correo a la dirección del destinatario indicada anteriormente

Sección C: Vencimiento y revocación

Si la información de salud que se divulgará contiene registros de tratamiento del VIH/SIDA o el abuso de sustancias, esta autorización vence en un plazo de sesenta (60) días. De lo contrario, puede seleccionar uno de los siguientes eventos de caducidad:

- 1 año a partir de la fecha en que yo, o mi representante legal, firmemos esta autorización.
- Cuando se produzca el siguiente evento (por ejemplo, «Tras la entrega de los registros anteriores»):

Entiendo que:

1. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una revocación por escrito a ERC Pathlight. Comprendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización.
2. La firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a que firme esta autorización.
3. La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por la HIPAA una vez divulgada al destinatario.
4. Tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud que se utilizará o divulgará de conformidad con esta autorización.

He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida como se indica.

Nombre del paciente (en mayúsculas): _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del representante/tutor (en mayúsculas): _____

Firma del representante/tutor:

Fecha:

Relación con el paciente:

Padre/tutor legal

Tomador de decisiones sustituto

Poder notarial

Otros: _____

Ejecutor o representante personal