

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, FECHA Y FIRME

I. Yo, _____, autorizo voluntariamente la divulgación de la información de mi
(Nombre del paciente letra imprenta)

historial médico.

II. La información debe ser divulgada por:	Y se debe proporcionar a:
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN/ESTABLECIMIENTO
DIRECCIÓN (CIUDAD/ESTADO)	DIRECCIÓN (CIUDAD/ESTADO)
NÚMERO DE TELÉFONO y NÚMERO DE FAX	NÚMERO DE TELÉFONO y NÚMERO DE FAX
TELÉFONO: _____ FAX: _____	TELÉFONO: _____ FAX: _____

III. La finalidad o necesidad de esta divulgación es:

- Atención médica adicional.
 Abogado
 Escuela
 Investigación
 Uso personal
 Seguro
 Discapacidad
 Otro (*Especifique*) _____

IV. La información que se divulgará de mi historia clínica: (maque las casillas correspondientes)

- Solo información relacionada con (*especifique*) _____
 Solo el periodo de eventos desde _____ hasta _____
 Otro (*especifique*) (*Facturación, etc.*) _____
 Toda la historia clínica

Si desea que se divulgue algunas de las siguientes informaciones sensibles marque las casillas correspondientes:

- Tratamiento/Remisión por abuso de alcohol/drogas
 Tratamiento relacionado con el VIH/SIDA
 Enfermedades de transmisión sexual
 Salud mental (*otras notas de psicoterapia*)
 SOLO notas de psicoterapia (al marcar esta casilla, renuncio a cualquier privilegio psicoterapeuta-paciente)

V. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito presentada en cualquier momento a FourPoints Health, excepto en la medida en que la acción se haya tomado en función de esta autorización. Si esta autorización se obtuvo como condición para obtener una cobertura de seguro o una póliza de seguro, otra ley puede otorgar al asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza. Si esta autorización no ha sido revocada, terminará un año después de la fecha de mi firma, a menos que se indique una fecha de expiración diferente o un *evento de vencimiento*.

(Especifique la nueva fecha)

Entiendo que FourPoints Health no condicionará el tratamiento o la elegibilidad para la atención médica a que yo proporcione esta autorización, excepto si dicha autorización está

(1) relacionada con la investigación o (2) proporcionada únicamente con el propósito de crear Información de Salud Protegida para su divulgación a un tercero.

Entiendo que la información divulgada por esta autorización, excepto la relativa al abuso de alcohol y drogas, tal como se define en el 42 CFR Parte 2, puede ser objeto de nueva divulgación por parte del receptor y puede dejar de estar protegida por la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico [45 CFR Parte 164], y la Ley de Privacidad de 1974 [5 USC 552a]. Esta información se divulgará para el fin indicado anteriormente y no podrá ser utilizada por el destinatario para ningún otro fin.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE PERSONAL (<i>Indique la relación con el paciente</i>)	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO (<i>Si la firma del paciente es una huella del pulgar o una marca</i>)	FECHA

Identificación del paciente:

Nombre completo (tal y como aparece en la historia clínica): _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección/Teléfono: _____

Instrucciones para completar FourPoints Health
AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

1. Escriba de forma legible en todos los campos con tinta permanente oscura.
2. Sección I, escriba con letra de molde su nombre o el nombre del paciente cuya información se va a divulgar.
3. Sección II, escriba el nombre y la dirección del centro que divulga la información. Además, indique el nombre de la persona, el centro y la dirección que recibirá la información.
4. Sección III, indique la razón por la que se necesita la información, por ejemplo, reclamación por discapacidad, atención médica continua, legal, proyectos relacionados con la investigación, etc.
5. Sección IV, marque la casilla correspondiente según corresponda.
 - a. **Solo información relacionada con** -- especifique diagnóstico, lesión, operaciones, terapias especiales, etc.
 - b. **Solo el período de eventos de** -- especifique rango de fechas, por ejemplo, 1 de enero de 2002 a 1 de febrero de 2002.
 - c. **Otro (especificar)** -- Por ejemplo, facturación, salud de los empleados.
 - d. **Historia clínica completa:** historia clínica completa que incluye, si se autoriza, la información sensible (tratamiento/remisión por abuso de alcohol y drogas, enfermedades de transmisión sexual, tratamiento relacionado con el VIH/SIDA y salud mental que no sean notas de psicoterapia).
 - e. **PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SENSIBLE RELATIVA AL TRATAMIENTO/REMISIÓN POR ABUSO DE ALCOHOL/DROGAS, TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL VIH/SIDA, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SALUD MENTAL (QUE NO SEAN NOTAS DE PSICOTERAPIA), EL PACIENTE DEBE MARCAR LA CASILLA O CASILLAS CORRESPONDIENTES.**
 - f. **ÚNICAMENTE notas de psicoterapia - PARA AUTORIZAR EL USO O LA DIVULGACIÓN DE LAS NOTAS DE PSICOTERAPIA, SOLO DEBE MARCARSE ESTA CASILLA EN ESTE FORMULARIO. LAS AUTORIZACIONES PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE OTRA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA NO PUEDEN REALIZARSE JUNTO CON LAS AUTORIZACIONES CORRESPONDIENTES A LAS NOTAS DE PSICOTERAPIA.**

SI ESTA CASILLA ESTÁ MARCADA CON OTRAS CASILLAS, SE REQUERIRÁ OTRA AUTORIZACIÓN PARA AUTORIZAR EL USO O LA DIVULGACIÓN DE LAS NOTAS DE PSICOTERAPIA ÚNICAMENTE.

Las notas de psicoterapia suelen denominarse notas de proceso, que se distinguen de las notas de evolución de la historia clínica. Estas notas recogen las impresiones del terapeuta sobre el paciente, contienen detalles de la conversación psicoterapéutica que se consideran inapropiados para la historia clínica y son utilizadas por el proveedor para futuras sesiones. Estas notas suelen mantenerse separadas para limitar el acceso, ya que contienen información sensible que no interesa a nadie más que al profesional que las trata.
 - g. **SOLO información sobre el tratamiento del alcohol/drogas: PARA AUTORIZAR EL USO O LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOL/DROGAS, SOLO DEBE MARCARSE ESTA CASILLA EN ESTE FORMULARIO. LAS AUTORIZACIONES PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE OTRA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA NO PUEDEN REALIZARSE JUNTO CON LAS AUTORIZACIONES RELATIVAS A LA INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE ALCOHOL/DROGAS.**

SI ESTA CASILLA ESTÁ MARCADA CON OTRAS CASILLAS, SE REQUERIRÁ OTRA AUTORIZACIÓN PARA AUTORIZAR EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE ALCOHOL/DROGAS ÚNICAMENTE.
6. Sección V, si se desea una fecha de caducidad diferente, especifique una nueva fecha.
7. Sección V, Por favor, firme (o marque) y feche.
8. Complete la sección de identificación del paciente en la parte inferior.