



AUTORIZACION PARA
 DIVULGACION DE INFORMACION
 DE SALUD PROTEGIDA (PHI)
 (El permiso del paciente para la
 divulgación de información está
 en el expediente clínico)

Información del paciente (en letra de imprenta)

Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellidos:	
Nombre al momento del tratamiento (si es diferente al de arriba):			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Teléfono:	Correo electrónico (opcional):	
Dirección de Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

- Propósito** Continuidad de la atención Seguro Legal
 Indemnización por accidentes laborales
 Personal/Otro (especifique) _____

¿A dónde desea que se envíe la información? (Marque los recuadros a continuación):

_____ debe entregar mis expedientes a: mí persona(s) que pueden recibir mi información (especificadas a continuación):

Nombre del destinatario:	Número de teléfono del destinatario:
	Fax del destinatario:
Dirección postal del destinatario:	Correo electrónico del destinatario (si corresponde):

¿Qué expedientes desea? (Escriba las fechas y marque los recuadros correspondientes a continuación):

Fecha(s) de servicio: del ____/____/____ al ____/____/____

- Expediente clínico completo, con imágenes (radiografías, fotografías)
 Expediente clínico completo, sin imágenes

O

Marque las opciones a continuación (marque todas las que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Diagnóstico, tratamiento y/o derivaciones por el abuso de alcohol y/o drogas |
| <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Fotografías, videos, imágenes digitales u otras imágenes |
| <input type="checkbox"/> Reportes de consultas | <input type="checkbox"/> Notas del avance |
| <input type="checkbox"/> Información privada sobre el SIDA (AIDS, en inglés) o VIH (HIV, en inglés) | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Atención o servicios para la salud mental | <input type="checkbox"/> Reportes de radiografías |
| <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia | <input type="checkbox"/> Registros de facturación |
| <input type="checkbox"/> Otras (especifique): | |
-
-

Nota: si seleccionó la entrega de las notas de psicoterapia, con esta autorización no se puede entregar ningún otro tipo de información de salud protegida.

¿Cómo desea que se entreguen los expedientes?

- Papel
- Entrega a domicilio
- Recoger en persona
- Electrónicamente (correo electrónico, memoria USB, disco compacto o CD, mediante el Portal, otro medio). Especifique por favor: _____
-

Vencimiento

Esta autorización vencerá en la fecha o evento a continuación: _____.

Cómo revocar esta autorización

Entiendo que yo podría revocar esta autorización enviando una solicitud, por escrito, para la revocación de mi autorización a

_____.

Mi revocación se realizará en cuanto se reciba dicha solicitud, excepto en la medida en que otros hayan actuado en conformidad con esta autorización.

Autorización como condicionante para el tratamiento

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para que se me atienda en Vibra, a menos que:

- Se me atienda en Vibra solo para dar información de salud a terceros (como para un examen físico de empleados) o

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellidos: _____

- Necesite tratamiento relacionado con un estudio de investigación. En este caso, Vibra no me atenderá, a menos que firme esta autorización:

Mis derechos

Tengo el derecho de inspeccionar u obtener una copia de la información de salud para la cual estoy autorizando el uso o divulgación.

Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Posible divulgación posterior

Entiendo que las personas que reciban mi información de salud, de parte de Vibra, podrían divulgar, posteriormente, mi información a otros, a menos que las leyes federales indiquen lo contrario. Le doy permiso a Vibra para copiar esta autorización y dársela a las personas que reciban mi información de salud de parte de Vibra.

He leído y entendido esta autorización, y me han contestado mis preguntas. Certifico que soy el paciente especificado en la presente, o una persona con el permiso para actuar en nombre del paciente. No haré responsables a Vibra, sus directivos, administradores, empleados, agentes o contratistas de nada de lo que pudiera suceder por el uso o la entrega de mi PHI.

Vibra reconoce el derecho de un paciente de obtener copias de su información de salud, según lo estipulado en la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPPA, por sus siglas en inglés).

Es posible que haya cargos relacionados con el procesamiento de la solicitud y preparación de los expedientes solicitados.

Por favor escriba su nombre, con letra de imprenta, y firme a continuación:

Nombre del paciente, en letra de imprenta

Firma del paciente

Fecha

Nombre del representante autorizado del paciente,
en letra de imprenta

Firma del representante autorizado del paciente

Fecha

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellidos: _____

Relación del representante con el paciente

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellidos: _____