AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Yo, _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a: Carson Tahoe Health u Otro _____

Para divulgar ante: _____

Con el propósito de: Médico/Hospital Uso personal Seguro Abogado
Otro _____

En relación a la atención brindada el: (fecha) _____ al (fecha) _____

Me gustaría que se divulgara la siguiente información **(solo se divulgarán los elementos marcados)**:

☐ Resumen del alta	☐ Informes de imagenología
☐ Historial y examen físico	☐ Imágenes diagnósticas (obtención exclusiva en el Departamento de Radiología)
☐ Consultas	☐ Informes de ECG
☐ Informes operativos	☐ Informes de laboratorio
☐ Informes de emergencia	☐ Otro _____

Autorizo específicamente la divulgación de información para los siguientes tratamientos o procedimientos que se incluyen en estos registros. **(Debe colocar sus iniciales en los artículos solicitados, o no se divulgarán con el registro anterior).**

- Tratamiento del trastorno por consumo de alcohol o drogas
- Tratamiento psiquiátrico y para enfermedades mentales
- Inmunodeficiencia humana
- Otro (especificar) _____

Entiendo que este consentimiento expirará en 90 días a partir de la fecha de firma, a menos que se especifique por escrito que me gustaría que se extendiera. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan tomado acciones en virtud de la autorización. Entiendo que la revocación debe hacerse por escrito y dirigirse al Custodio de Registros Médicos y entregarse o enviarse por correo postal a 'Medical Records Dept., P.O. Box 2168, Carson City NV, 89702-2168'. Entiendo que las partes que reciban estos registros pueden volver a divulgar mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) a personas o entidades que no están sujetas a las regulaciones de privacidad de HIPAA, lo que resulta en que mi PHI ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad de HIPAA.

Fecha de vencimiento: (si esto permanecerá en vigor por más de 90 días) _____

Fecha _____ firma del paciente _____

Testigo _____ Firma del representante legal _____

Motivo por el cual el paciente no puede firmar _____ Relación de representación legal _____
45 CFR 164.508 (c)(2)(ii) La entidad cubierta no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a que la persona firme o no la autorización.

DEBIDO A SU CONFIDENCIALIDAD, SOLO ENVIAMOS FAXES CONFORME A LOS REQUISITOS DE LA HIPAA

Certifico que el uso o la divulgación de la PHI que estoy solicitando no tiene un propósito prohibido por la Regla de Privacidad de HIPAA en 45 CFR 164.502(a)(5)(iii) debido a una de las siguientes razones **(marque una casilla)**:

- El propósito del uso o divulgación de la información médica protegida **NO** es investigar ni imponer responsabilidad a cualquier persona por el mero hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva, ni identificar a cualquier persona para dichos fines.
- El propósito del uso o divulgación de la información médica protegida **SÍ** es investigar ni imponer responsabilidad a cualquier persona por el mero hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva, ni

identificar a cualquier persona para dichos fines; sin embargo, la atención médica reproductiva en cuestión **NO FUE LÍCITA** conforme las circunstancias en las que se proporcionó.

Comprendo que puedo estar sujeto a sanciones penales de conformidad con 42 U.S.C. 1320d-6 si, a sabiendas y en violación de la HIPAA, obtengo información médica individualmente identificable relacionada con un individuo o divulgo información médica individualmente identificable a otra persona. **Firma del solicitante:** _____