

CenterWell ACE

Autorización para la publicación y divulgación de información de salud protegida (Persona u organización)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Correo electrónico del paciente: _____
No. de teléfono particular: _____ No. de teléfono celular: _____

Este formulario se puede utilizar para autorizar la publicación y divulgación de información de la salud protegida (“PHI”) DE entidades de CenterWell ACE, que incluyen CenterWell Senior Primary Care, Conviva Care Center y Elite Health Medical Centers (en adelante, “CenterWell”) a una persona u organización específica. (Utilizar autorizaciones separadas para proveedores y entidades de cuidado de la salud).

AUTORIZO A LA SIGUIENTE PERSONA O ENTIDAD PARA DIVULGAR MI PHI:

Organización del proveedor: _____
(CenterWell Senior Primary Care, Conviva Care Center o Elite Health Medical Centers)

Clínica Nombre: _____ No. de teléfono: _____

LA SIGUIENTE PERSONA O ENTIDAD PUEDE RECIBIR MI PHI DE CENTERWELL:

Nombre: _____ No. de teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Correo electrónico: _____
Relación: _____ (esposo/a, amigo/a, hermano/a, abogado, etc.)

INFORMACIÓN DE LA SALUD QUE DEBE SER DIVULGADA – *Lea detenidamente*

Entiendo que este formulario de autorización puede permitir la publicación, el uso o la divulgación de mi información de la salud protegida (“PHI”), que incluye la PHI recopilada y mantenida por CenterWell, información sobre programas de tratamiento de salud, información del plan y recursos del cuidador. **Comprendo y afirmo que, al marcar cualquier casilla a continuación y firmar este formulario, doy mi consentimiento expreso e informado para la divulgación de toda la información confidencial y los registros de tratamiento relacionados que pueden ser contenidos dentro de estos registros, incluyendo pero no limitado a: enfermedades de transmisión sexual; enfermedades transmisibles; VIH/SIDA, incluidos los resultados de las pruebas y el tratamiento; abuso de sustancias, alcohol y/o drogas; salud mental y conductual (excluidas notas de psicoterapia), información/pruebas genéticas; y otras afecciones relacionadas.**

Indique a continuación la PHI que desea que se divulgue. Si se va a divulgar toda la información, marque solo la primera casilla.

- Divulgación completa.** Divulgar mi conjunto de registros completo, que incluye, sin limitaciones, expedientes clínicos, información del plan/datos de reclamaciones y registros/referidos externos (de o a otros proveedores, especialistas o centros de tratamiento).

Divulgación limitada. No divulgar mi conjunto de registros completo; divulgar sólo los elementos o la información marcada a continuación:

- Inmunizaciones/Vacunas Notas de progreso Farmacia/Recetas Pedidos
 Datos de seguros/reclamaciones Planes de tratamiento Procedimientos Laboratorio
 Registros/derivaciones externas (de o hacia otros proveedores o centros de tratamiento)
 Servicios de diagnóstico por imágenes (radiografías, electrocardiograma, etc.)
 Otra (describa): _____

PROPÓSITO: el objetivo de esta autorización para divulgar información es a petición de la persona que autoriza la divulgación. Si la autorización tiene un fin distinto al indicado anteriormente, especifique: _____

PERÍODO DE VIGENCIA: esta autorización es válida hasta la muerte del paciente, o en **36 meses** a partir de la fecha de la firma, lo que ocurra primero.

ENTIENDO QUE:

- Puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito a CenterWell, en la que se indique mi intención de revocar esta autorización.
- La firma de esta autorización es voluntaria. Las decisiones de tratamiento, pago, inscripción/afiliación o elegibilidad no estarán condicionadas a mi decisión de firmar este formulario de autorización, excepto según lo autoricen los reglamentos federales de privacidad.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de la información y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.
- El hecho de negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de información de la salud protegidas que de otra manera está permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE LA FIRMA: He leído este formulario y acepto los usos, publicaciones y divulgaciones de mi información de la salud protegida según se describe.

Firma del paciente o del representante legal autorizado del paciente*

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante legalmente autorizado (si corresponde)

Fecha

*Si es representante, describa su autoridad para actuar en nombre de esta persona y provea la documentación correspondiente (tutor, poder legal, apoderado para la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud, etc.):
