

CHOTA COMMUNITY HEALTH SERVICES

Autorización del Paciente para la Divulgación de Información Personal de Salud

Nombre del/de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Es una violación de la confidencialidad médico-paciente que mis proveedores divulguen mi información médica de cualquier manera con cualquier persona sin mi consentimiento expreso. En el caso de que familiares, amigos u otras personas soliciten mi información médica, debo otorgar el permiso a continuación antes de que puedan recibirla. Al firmar este formulario, estoy designando a Chota Community Health Service (CCHS) para hablar sobre mi condición médica con las partes que se enumeran a continuación.

Entiendo y acepto que esta autorización por escrito no se aplica a las personas que llevo conmigo a mi visita al consultorio. Si llevo a una persona a mi visita, doy mi consentimiento para que pueda escuchar o ver los detalles de mi información médica. Yo reconozco que es mi responsabilidad oponerme a la presencia de esas personas y daré a conocer esta objeción a CCHS antes de discutir cualquier información. Si cambio de opinión con respecto a la divulgación de información a cualquiera de los gente, es mi responsabilidad informar a CCHS por escrito de mi decisión.

Entiendo que este formulario vencerá un (1) año a partir de la fecha de la firma y debe actualizarse para cualquier cambio. Si cambio de opinión con respecto a la divulgación de información a cualquiera de las personas enumeradas, es mi responsabilidad informarle mi decisión a CCHS por escrito.

De acuerdo con lo anterior, autorizo a Chota Community Health Services para que discuta, y divulgue, mi información médica con las siguientes personas:

Para todos:	<u>Nombre(s) de persona(s) interesada(s)</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Número de teléfono</u>
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Elija lo que se va a divulgar:

	Divulgar	No divulgar
Notas del consultorio médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notas del consultorio de salud del comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notas del consultorio de psiquiatría-salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Archivos de enfermedades transmisibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Archivos de abuso de sustancias/alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Archivos de anemia falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Archivos de SIDA/VIH:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (especifique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para recoger resultado o radiografías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para recoger la receta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Puede obtener información sobre la cita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entiendo que puedo retirar este consentimiento, haciéndolo por escrito, excepto en la medida en que información autorizada se haya divulgado con base en este consentimiento. En cualquier caso, este consentimiento vencerá en noventa y nueve (99) años a menos que lo actualice o revoqu . También entiendo que la divulgación hecha en mi nombre por este centro de servicios de salud está sujeta al Título 42 del Código de Regulaciones Federales que rige la confidencialidad de los registros de abuso de alcohol y drogas, así como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Firma del/de la paciente o padre/madre/tutor(a) Nombre

Fecha

Para Menores, por favor llene esta información adicional:

Para menores: Nombre del padre/guardian:

Solo uso de oficina (Office Use Only) - If this form is filled out by the guardian, proof of guardianship must be on file. Verification of guardianship on file by: _____ date: _____