Instrucciones para completar la Autorización para la divulgación de información médica protegida (*Protected Health Information*, PHI)

El propósito de estas instrucciones es responder a cualquier duda que pueda surgir al completar el *formulario de Autorización para la divulgación de información médica protegida*.

Sección A

Nombre del paciente	El nombre de la persona que recibió el/los servicio(s) médico(s)
Fecha de nacimiento	La fecha de nacimiento del paciente
Teléfono del paciente	Un número de teléfono donde se pueda contactar al paciente
Número del seguro social	Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del paciente - ***Este campo es opcional.***
Nombre del proveedor	Nombre del establecimiento u hospital donde se prestó el servicio al paciente
Dirección del proveedor	Escriba la dirección postal del establecimiento u hospital.
Nombre del destinatario	Nombre de la persona a la que el paciente autoriza a recibir la información médica protegida solicitada
Dirección del destinatario	Escriba la dirección postal del "destinatario" designado. Asegúrese de incluir su código postal.
Teléfono del destinatario	Un número de teléfono donde se pueda contactar al destinatario de la información médica
Modo de entrega de la información solicitada	Especifique de qué manera el destinatario quiere recibir la información solicitada.
Correo electrónico	Complete solo si se solicita eDelivery (envío electrónico).
Fecha o acontecimiento de vencimiento	La autorización vencerá en 90 días, a menos que se indique lo contrario en este formulario.
Propósito de la divulgación	Explique por qué se solicita la información médica protegida requerida.
Notas de psicoterapia	Si la información que se solicita está relacionada con la psicoterapia, marque la casilla "Sí". Si la información no está relacionada con la psicoterapia, marque la casilla "No".
Descripción de la información que se utilizará o divulgará	***Descripción:*** marque la casilla que mejor describa el tipo de información médica solicitada para su utilización o divulgación. ***Tenga presente lo siguiente:*** ***<u>Solo RESUMEN</u>*** *incluye la carátula de su historia clínica, el resumen* *de alta, sus antecedentes clínicos y su examen físico, los informes anatomopatológicos, radiológicos,* *de consultas y de laboratorio, además de cualquier informe operativo.* ***Fecha(s)***: escriba la fecha del servicio correspondiente al momento en que se proporcionó el tratamiento médico. Si la información solicitada se refiere a la estadía de un paciente internado, escriba la fecha de alta. ***Consentimiento para divulgar***: escriba sus iniciales en esta casilla si acepta y da su consentimiento para la divulgación de información médica protegida que pueda contener datos psiquiátricos, sobre consumo de drogas o alcohol, sobre SIDA o bien sobre pruebas o de resultados de VIH.

Instrucciones para completar la Autorización para la divulgación de información médica protegida (*Protected Health Information*, PHI)

Sección B

Solo es necesario completar esta sección si la solicitud de divulgación es con fines de *marketing*, y el paciente recibió una compensación a cambio de esta información. Seleccione "Sí" o "NO". Si selecciona "Sí", escriba
una breve explicación.

Sección C

Firma del paciente, tutor o representante personal	La firma del paciente es siempre obligatoria, a menos que se trate de un menor o que se haya designado a un representante legal.
Fecha de la firma	Escriba la fecha en que se firmó este formulario de Autorización.
Nombre del paciente, tutor o representante personal en letra de imprenta	Escriba el nombre de la persona que firmó este formulario de Autorización en letra de imprenta.
Relación del representante legal con el paciente	Si quien firma el formulario de Autorización no es el paciente, se debe proporcionar una descripción de la autoridad que tiene el representante para actuar en nombre del paciente (por ejemplo, apoderado para atención médica, albacea testamentario del patrimonio o tutor legal). Incluya, además, una copia de toda la documentación probatoria (es decir, una copia del poder para atención médica, o bien de la orden judicial para el albacea testamentario del patrimonio o para la tutela legal).

Please return Authorization to:
Sunrise Hospital and Medical Center
ATTN: HIM/ MEDICAL RECORDS
3168 S. MARYLAND PKWY
LAS VEGAS, NV 89109
Phone: 702-731-8663 | Fax: 702-892-3686

Autorización para divulgar información médica protegida (PHI)

Sección A: esta sección debe completarse para todas las autorizaciones.				
Nombre del Paciente:	**Fecha de nacimiento:**	**Teléfono del paciente:**	**Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (opcional)**	
Nombre del proveedor: Sunrise Hospital and Medical Center	**Nombre del destinatario:**			
Dirección del proveedor: 3168 S. MARYLAND PKWY LAS VEGAS, NV 89109	**Dirección 1:**			
	Dirección 2:		**Teléfono del destinatario:**	
	Ciudad:		**Estado:**	**Código postal:**

Modo de entrega de la información solicitada (si se deja en blanco, se proporcionará una copia impresa).

☐ **Copia impresa** ☐ **Medios electrónicos, si están disponibles (por ejemplo, unidad USB, CD/DVD, eDelivery)**

☐ **Correo electrónico encriptado** ☐ **Correo electrónico no encriptado**

NOTA: en caso de que el establecimiento no pueda realizar un envío electrónico como se solicita, se proporcionará un método de envío alternativo (por ejemplo, una copia impresa). Existe cierto riesgo de que terceros puedan ver su PHI sin su consentimiento al recibir un envío o un mensaje electrónico no encriptados. No nos hacemos responsables del acceso de personas no autorizadas a la PHI contenida en este formato ni de ningún riesgo (por ejemplo, virus) que pudiera introducirse en su computadora o dispositivo al recibir la PHI en formato electrónico o por correo electrónico.

Dirección de correo electrónico (si se marcó correo electrónico arriba. Escriba en letra de imprenta legible):

La presente autorización caducará a partir de la fecha o del acontecimiento que se indica a continuación: (Escriba la fecha o el acontecimiento, pero no ambos).

Fecha: **Acontecimiento:**

Propósito de la divulgación:

Descripción de la información que se utilizará o divulgará

¿Esta solicitud está destinada a las notas de psicoterapia? ☐ Sí; en ese caso, este es el único ítem que puede solicitar en la presente autorización. Debe presentar otra autorización para solicitar los demás ítems que se muestran a continuación. ☐ No; en ese caso, puede marcar tantos ítems como sea necesario.

Descripción:	***Fecha(s):***	***Descripción:***	***Fecha(s):***	***Descripción:***	***Fecha(s):***
☐ Solo RESUMEN ☐ **Mi historia clínica completa** (toda mi información médica personal, PHI) ☐ Formulario de internación ☐ Informes de dictados ☐ Órdenes del médico ☐ Ingreso/Egreso ☐ Análisis clínico		☐ Hojas de medicamentos ☐ Información operativa ☐ Laboratorio de cateterismo ☐ Tratamiento/análisis especial ☐ Tiras de ritmo ☐ Información de enfermería ☐ Formularios de transferencias ☐ Información de la sala de urgencias		☐ Resumen de trabajo de parto/parto ☐ Evaluación de enfermería obstétrica ☐ Hoja del flujo posparto ☐ Factura desglosada: ☐ UB-04: ☐ Otro: ☐ Otro:	

Reconozco que es posible que la información divulgada contenga datos sobre SIDA o resultados de pruebas de VIH, análisis de VIH, resultados psiquiátricos e información genética o sobre el consumo de drogas y de alcohol, y por este medio brindo mi consentimiento para la divulgación de dicha información. _____ (Iniciales)

Comprendo que:

1. Puedo rehusarme a firmar esta autorización y que la firma de dicha autorización es estrictamente voluntaria.
2. Ni mi tratamiento, ni el pago, la inscripción o la elegibilidad para obtener beneficios pueden estar condicionados por la firma de esta autorización.
3. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero, si lo hago, eso no producirá efecto alguno sobre los actos llevados a cabo con anterioridad a la recepción de dicha revocación. Puedo encontrar más información en el Aviso sobre prácticas de privacidad.
4. Si el solicitante o el receptor no son un proveedor de planes de salud o de atención médica, es posible que la información divulgada ya no cuente con la protección de las normas federales sobre privacidad y que pueda volver a ser divulgada.
5. Puedo ver y obtener una copia de la información descripta en este formulario a cambio del pago de una tarifa razonable por dicha copia, en caso de que la solicite.
6. Obtendré una copia de este formulario después de firmarlo.

Sección B: ¿El pedido de la PHI es con fines de *marketing* o para la venta de la misma? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, el proveedor de planes de salud o de atención médica debe completar la Sección B; de lo contrario, debe pasar directamente a la Sección C.

¿El destinatario recibirá alguna remuneración económica a cambio del uso o de la divulgación de esta información? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, describa la remuneración:

¿El destinatario de la PHI puede volver a cambiar la información por una remuneración económica?

☐ Sí ☐ No

Sección C: Firmas

He leído la información que antecede y autorizo la divulgación de la información médica protegida de la manera indicada.

Firma del paciente/representante del paciente:	**Fecha:**
Nombre del paciente/representante del paciente en letra de imprenta:	**Relación con el paciente:**

Please return Authorization to:
Sunrise Hospital and Medical Center
ATTN: HIM/ MEDICAL RECORDS
3168 S. MARYLAND PKWY
LAS VEGAS, NV 89109

ROI