

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 descrita 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? SI 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? SI No
Si la respuesta es *si*, describa la remuneración:
El destinatario de la PHI puede volver a cambiar la información por una remuneración económica?
 SI 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 & Medical Center
ATTN: HIM/ MEDICAL RECORDS
3186 S. Maryland Pkwy LAS VEGAS, NV 89109
Phone: 702-961-8405 | Fax: 702-961-8412



ROI

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 - <i>Este campo es opcional.</i>
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 Delivery (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	<p><i>Descripción:</i> marque la casilla que mejor describa el tipo de información médica solicitada para su utilización o divulgación.</p> <p><i>Tenga presente lo siguiente:</i> Solo RESUMEN incluye la carátula de su historia clínica, el resumen de ella, sus antecedentes clínicos y su examen físico, los informes anatomopatológicos, radiofísicos, de consultas y de laboratorio, además de cualquier procedimiento.</p> <p><i>Fecha(s):</i> escriba la fecha del servicio correspondiente al momento en que se proporcionó el tratamiento médico. Si la información solicitada se refiere a la estada de un paciente internado, escriba la fecha de alta.</p> <p><i>Consentimiento para divulgar:</i> 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.</p>

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 "Si" o "NO". Si selecciona "Si", 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 & Medical Center
ATTN:HIM/ MEDICAL RECORDS
3186 S. Maryland Pkwy
LAS VEGAS, NV 89109
Phone: 702-961-8405 | Fax: 702-961-8412