



Autorización Para Proveer la Información Protegida de la Salud

Los miembros de PCC estarán a su disposición si tiene preguntas sobre este formulario

Firmando este formulario

- Yo absuelvo a People's Community Clinic (PCC), sus empleados, ejecutivos, y doctores de cualquier responsabilidad u obligación legal por la divulgación de la información identificada que se proveerá.
- Comprendo que cuando la información se provea según esta autorización, puede volver a ser divulgada por los que la reciben y la información no estará protegida por los reglamentos federales y estatales de la privacidad.
- Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento dando un aviso por escrito al Departamento de Administración de Información de la Salud (Health Information Management Department), con excepción de las acciones ya completadas por PCC u otra organización.

Nombre del Paciente: _____ Otros nombres usados: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Teléfono: _____

Organización que proveerá las historias clínicas

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Código Postal: _____
 Teléfono: _____
 Fax: _____

Organización/Persona que recibirá las historias clínicas

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Código Postal: _____
 Teléfono: _____
 Fax: _____

Información Que Se Proveerá a Pedido del Individuo

- Anotaciones de la carta médica (Solo las del último año)
 Resultados de laboratorio (Solo los del último año)
 Cartilla de Vacunas
 Resultados de Radiografías/Ecocardiogramas (Todos los disponibles)
 Cuidado prenatal (Cuidado Antes del Parto, Parto, etc.)
 Otros: _____
 Fecha de Servicios Médicos: _____

Sus iniciales son necesarias para proveer la información de cada uno de los siguientes:

- _____ Información de SIDA/VIH
 _____ Información sobre Comportamientos/
 Salud Mental
 _____ Información sobre Abuso de Sustancias
 (Vea la parte de atrás de este formulario)
 _____ Información genética
 _____ Información sobre enfermedades de
 transmisión sexual

El Propósito de Proveer La información Protegida de la Salud

- Continuación del cuidado del paciente Uso personal Abogado/Legal Seguro Otro: _____

Quien debe firmar este formulario:

- Si el paciente tiene 18 años de edad o más, el paciente debe firmar.
- Si el paciente tiene 18 años de edad o más pero no puede firmar, un tutor legal (otorgado por orden del tribunal) o una persona designada como representante de cuidado médico (otorgado por un Poder Legal Para el Cuidado Médico) puede firmar. Por favor marque quien es:
 Tutor Legal Representante del Cuidado Médico
- Si el paciente tiene 17 años de edad o menos, el padre/madre del paciente, el conservador administrativo, o el tutor legal debe firmar, al menos que no sea necesario según el reglamento estatal o federal. Por favor marque quien es:
 Padre o Madre Conservador Administrativo Tutor Legal

Firma (Es obligatoria)

Fecha (Es obligatoria)

Nombre de la persona que firma escrita en letra de molde (Si no es el paciente)

Esta Autorización se vence al año de la fecha en que fue firmada o _____ (Fecha/acontecimiento o condición)

Autorización de Información de Pacientes con Trastornos de Uso de Sustancias

Los miembros de PCC estarán a su disposición si tiene preguntas sobre este formulario

Descripción de la información del trastorno por uso de sustancias que puede ser compartida.

1. Cuanto tiempo (por ejemplo una serie de fechas) _____
 Qué clase de información (por ejemplo los diagnosis) _____
2. Cuanto tiempo (por ejemplo una serie de fechas) _____
 Qué clase de información (por ejemplo los diagnosis) _____
3. Cuanto tiempo (por ejemplo una serie de fechas) _____
 Qué clase de información (por ejemplo los diagnosis) _____

Aviso al que recibe la información: Esta información en los documentos que han sido compartidos con usted están protegidos por los reglamentos federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Los reglamentos federales le prohíben hacer una divulgación adicional de la información que identifique directamente al paciente, como que tenga o haya tenido trastornos de uso de sustancias, o con referencia a información disponible al público, o por medio de verificación de la identidad por otra persona a no ser que adicional divulgación sea permitida expresamente con permiso otorgado por escrito por el individuo del cual se ha divulgado la información o se permitida de otra manera por la 42 CFR parte 2.

Quien debe firmar este formulario:

- El paciente, aunque sea menor de edad, debe firmar.
- EXCEPCIONES:
 - Si el tribunal encuentra que el paciente carece de capacidad para encargarse de sus propios asuntos, la autorización puede ser otorgada al tutor legal (otorgada por orden del tribunal) o al representante para el cuidado médico (otorgado por el Poder Legal para Cuidado Médico). Si el paciente tiene alguna condición médica que le impide saber para dar autorización o carece de capacidad para encargarse de sus propios asuntos, el director (CEO por las siglas en inglés) puede dar autorización. Por favor marque quien es:
 - Tutor Legal
 - Representante para Cuidado Médico
 - Director (CEO)
 - Si el paciente ha fallecido y la divulgación es por algún propósito que no sea para Estadísticas Vitales (Vital Statistics), la autorización puede ser dada por el ejecutor, administrador, u otro representante personal designado bajo los reglamentos estatales que corresponden. Si no hay ninguna persona designada, autorización puede ser dada por el esposo(a) del paciente, o si no hay, puede ser dada por un miembro de la familia que sea responsable. Por favor marque quien es:
 - Ejecutor
 - Administrador
 - Otro:

Firma (Es obligatoria)	Fecha (Es Obligatoria)
Nombre de la persona que firma en letra de molde	
Esta autorización se vence al año de la fecha en que fue firmada o _____ (Fecha, acontecimiento, o condición)	