

Methodist Physicians | Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida (PHI)

Sección A: se debe completar esta sección para todas las Autorizaciones (Texas)					
Nombre del paciente:			Fecha de nacimiento:	Número de teléfono del paciente:	Últimos cuatro dígitos del seguro social (opcional):
Nombre del proveedor:			Nombre del receptor:		
Domicilio 1 del proveedor:			Domicilio 1 del receptor:		
Domicilio 2 del proveedor:	Número de teléfono del proveedor:		Domicilio 2 del receptor:	Número de teléfono del receptor:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Forma de entrega (si se deja en blanco se proporcionará una copia impresa): <input type="checkbox"/> Copia impresa <input type="checkbox"/> Medios electrónicos, si hay disponible (<i>por ejemplo:</i> Unidad USB, CD/DVD, correo electrónico) NOTA: en el caso en que el establecimiento médico no pueda hacerle un envío por medio electrónico conforme a lo solicitado, se hará uso de algún método alternativo de entrega (por ejemplo, una copia impresa. Existe un cierto nivel de riesgo de que una tercera persona pueda ver su Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sin su consentimiento cuando la reciba a través de un medio electrónico o un correo electrónico no cifrados. No nos hacemos responsables del acceso sin autorización a la PHI contenida en este formato o de cualquier riesgo (por ejemplo, un virus) introducido potencialmente en su computadora/aparato cuando reciba la PHI en un formato electrónico o correo electrónico.					
Correo electrónico (si se marcó esta opción en la parte anterior. Escriba en letra de imprenta y legible):					
Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento: (ingrese la fecha o el evento pero no ambos).					
Fecha: _____ Evento: _____					
Esta autorización expirará 180 días después de la fecha de la firma, a menos que se especifique un plazo más corto.					
Objetivo de la divulgación:					
Descripción de la información que se utilizará o divulgará					
¿Es esta solicitud para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, entonces ésta es la única información que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar una nueva autorización para otros tipos de información que se muestran a continuación. <input type="checkbox"/> No, entonces puede seleccionar tantos tipos de información a continuación como necesite.					
Descripción:	Fechas:	Descripción:	Fechas:	Descripción:	Fechas:
<input type="checkbox"/> Toda la PHI en la historia clínica <input type="checkbox"/> Formulario de admisión <input type="checkbox"/> Informes de dictado <input type="checkbox"/> Órdenes médicas <input type="checkbox"/> Consumo/expulsión <input type="checkbox"/> Prueba clínica <input type="checkbox"/> Listas de medicamentos		<input type="checkbox"/> Información operativa <input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo <input type="checkbox"/> Prueba/terapia especial <input type="checkbox"/> Tiras con el ritmo electrocardiográfico <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de transferencia <input type="checkbox"/> Información de la sala de emergencias		<input type="checkbox"/> Resumen de trabajo de parto y parto <input type="checkbox"/> Examen de obstetricia <input type="checkbox"/> Diagrama de flujo posparto <input type="checkbox"/> Factura detallada: <input type="checkbox"/> UB-04: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:	
Doy mi consentimiento y reconozco que esta divulgación puede contener información relacionada con el abuso de alcohol, drogas, información genética, psiquiátrica, pruebas de VIH, información de resultados de VIH o de SIDA. _____ (Iniciales) Si esta autorización es para divulgar información genética, sírvase describir: _____					

Methodist Physicians | Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida (PHI)

Entiendo que:

1. Me puedo negar a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria.
2. Mi tratamiento, pago, inscripción o derecho a recibir beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito; sin embargo, no tendrá efecto en las acciones que se hayan tomado antes de recibir dicha revocación. Los detalles adicionales se encuentran en la Notificación de prácticas de privacidad.
4. Si el solicitante o el receptor no es un plan médico o proveedor de atención médica, la información divulgada podría no estar protegida por las leyes federales de privacidad y podría divulgarse de nuevo.
5. Comprendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por un cargo razonable de copia si la solicito.
6. Obtengo una copia de este formulario después de firmarlo.

Sección B: ¿Se está solicitando la PHI para fines de marketing o tiene como propósito la venta de la PHI? Sí No

Si la respuesta es "Sí", el plan médico o el proveedor de atención médica deben completar la Sección B, de lo contrario, pase a la Sección C.

¿El receptor recibirá remuneración financiera a cambio del uso o la divulgación de esta información? Sí No

Si la respuesta es "Sí", describa cómo:

¿Puede el receptor de la PHI intercambiar la información para fines de remuneración financiera? Sí No

Sección C: Firmas

He leído lo expuesto anteriormente y autorizo la divulgación de información médica protegida según lo especificado.

Firma del paciente/representante del paciente:

Fecha:

Nombre en letra de imprenta del representante del paciente:

Relación con el paciente: