



AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO, EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Rellene todas las secciones de este formulario de autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). No se aceptarán los formularios incompletos, y estos pueden retrasar su solicitud. Asegúrese de proporcionar información precisa y actualizada, incluyendo sus datos de contacto, los registros específicos que desea divulgar y el motivo de la divulgación.

Si tiene alguna duda sobre alguna sección, estamos aquí para ayudarle, así que póngase en contacto con el equipo de Gestión de sistemas de información sanitaria en (HISM@WellPower.org) si tiene alguna pregunta.

Sección A: Esta sección debe completarse para cualquier tipo de autorización

Apellido del paciente: _____	Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento del paciente: _____
Teléfono: _____	Email: _____	
Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Propósito de la divulgación: _____ _____		

Yo autorizo a WellPower a, (**marque al menos una opción**):

Intercambiar entre
(por ejemplo, entre proveedores)

Divulgar a
(por ejemplo, un familiar o un abogado)

Obtener de
(por ejemplo, solicitar historiales a otro proveedor)

Nombre del destinatario: _____	Relación con el paciente: _____	
Teléfono: _____	Email: _____	
Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____



AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO, EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Por medio de la presente autorizo el uso o la divulgación de la siguiente información médica:

Toda la información que contiene mi expediente

No se incluirán los registros relacionados con lo siguiente, a menos que se marque la casilla correspondiente:

- Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés)
- ETS/VIH/SIDA
- Denuncias de agresiones sexuales o pruebas relacionadas
- Pruebas genéticas

ÚNICAMENTE la información/los registros marcados a continuación (marque todos los que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de avance | <input type="checkbox"/> Registros de facturación |
| <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento | <input type="checkbox"/> Fecha(s) de la(s) prestación(es) del servicio |
| <input type="checkbox"/> Resultados de análisis y pruebas/solicitudes | <input type="checkbox"/> Evaluación(es) |
| <input type="checkbox"/> Informes de alta | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | Fecha(s): _____ |

Sección B: La forma en que desea que se entreguen los registros

Correo electrónico cifrado

Dirección de correo electrónico del destinatario:

Correo electrónico sin cifrar

Dirección de correo electrónico del destinatario:

Fax

Número de fax del destinatario: _____

Memoria USB cifrada enviada a la dirección del destinatario indicada anteriormente

CD-ROM cifrado enviado a la dirección del destinatario indicada anteriormente

Correo postal enviado a la dirección del destinatario indicada anteriormente

Los registros deben recogerse en persona en 4141 E Dickenson Pl, Denver, CO 80222



AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO, EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Section C: Vencimiento y derecho de revocación

Por favor, elija uno de los siguientes motivos de vencimiento:

- Un (1) año a partir de la fecha en que yo, o mi representante legal, firme esta autorización.
- Cuando ocurra el siguiente hecho (por ejemplo, "Tras la divulgación de los registros mencionados"):

Entiendo que:

1. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación escrita dirigida a WellPower.
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización, a menos que ya se hayan tomado medidas basadas en ella.
3. La firma de esta autorización es voluntaria.
4. Mi tratamiento, pago, inscripción o derecho a recibir prestaciones no estarán condicionados a que firme esta autorización.
5. La información divulgada en virtud de esta autorización podrá ser objeto de una nueva divulgación, salvo en relación a los usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos en su contra, por parte del destinatario, y dejará de estar protegida por la HIPAA una vez entregada al destinatario.
6. Tengo derecho a revisar o copiar la información médica que se vaya a utilizar o divulgar en virtud de esta autorización.

He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información médica protegida tal y como se indica.

Nombre del paciente (en letra de molde) _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del representante/tutor (en letra de molde) _____

Firma del representante/tutor: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente (por ejemplo, padre/madre o tutor legal, representante legal, suplente para la toma de decisiones, administrador testamentario, etc.):
