

Autorización para divulgar datos médicos

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Fecha de la solicitud

Número y calle del paciente

Ciudad

Estado y código postal

Nº. de tel.

Para el paciente: Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que mis datos médicos pueden estar protegidos por las Reglas federales de privacidad de datos médicos individualmente identificables (Título 45 del Código de Reglamentos Federales, Partes 160 y 164), las Reglas federales sobre la confidencialidad de expedientes de pacientes de abuso de drogas y alcohol (Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Capítulo I, Parte 2) y las leyes estatales. Entiendo que mis datos médicos pueden estar sujetos a que los vuelva a divulgar el receptor y que si la organización o persona autorizada para recibir los datos no es un plan de salud o proveedor de atención médica puede que los datos ya no estén protegidos por los reglamentos federales de privacidad.

Entiendo que mis datos médicos pueden contener información generada por otras personas o entidades incluyendo proveedores de atención médica y también puede contener información de drogas y alcohol, salud mental, VIH/SIDA, psicoterapia, genética, enfermedades transmitidas reproductiva o sexualmente. Entiendo además que al firmar este documento, autorizo la divulgación o el intercambio de estos datos con la persona u organización nombrada más abajo.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificarle a WellMed por escrito. Sin embargo, la revocación no afectará cualquier medida que WellMed haya tomado antes de recibir la revocación.

Autorizo que WellMed reciba mis datos médicos protegidos de la siguiente persona u organización o que se los divulgue a la siguiente:

Nombre de la persona o grupo **solicitando** los datos

Nombre del grupo **divulgando** los datos

Dirección postal y ciudad

Dirección postal y ciudad

Estado y código postal

Número de fax

Estado y código postal

Descripción de datos médicos individualmente identificables que se recibirán o divulgarán (Señale todo lo que aplique):

- Plan o planes de tratamiento Informes sobre el progreso Otra (describa): _____
- Todos los datos pertinentes que WellMed considere adecuados para el propósito señalado más abajo.

El propósito de esta autorización (Señale todo lo que aplique):

- Transferencia de expedientes a nuevo proveedor Para permitir la administración apropiada de tratamiento o servicios
- Citación u otro proceso legal Otro (describa): _____

Fechas en que se divulgarán los expedientes (DD/MM/YYYY): Del: _____ Al: _____

El paciente o el representante autorizado legalmente del paciente debe llenar el resto del formulario.

Entiendo que esta autorización vencerá el:

_____ (DD/MM/YYYY)

Un año después de la fecha de la firma más abajo

Una vez que el siguiente evento suceda: _

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Nombre en letra de molde y relación al paciente

Fecha