promise healthcare

Autorizar la revelación de información de salud conductual

INFORMACIÓN PERSONAL

Instrucciones para el personal (para uso interno) ☐ No se solicitan copias, solo escaneo ☐ Solo solicitud de copia de registro

-Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento:____/ ____/ ____ SS# _____-_____-_____

Nombre de soltera u otro(s) nombre(s): _____MRN: _____

Dirección: _____Ciudad: _____Estado _____C.P. _____

Número de teléfono: _____(casa, celular, otro) Email: _____

Autorizo el uso/revelación de mis REGISTROS y/o información DE SALUD CONDUCTUAL de la siguiente manera:

PARTE QUE TIENE MIS REGISTROS DE SALUD CONDUCTUAL (QUIÉN ENVÍA MIS REGISTROS)

☐ Promise Healthcare y cualquier Entidad de Promise Healthcare
☐ Otro: _____Teléfono: (_____)_____

Dirección: _____Ciudad, Estado, Código postal: _____

PARTE o PARTES QUE DESEO QUE RECIBAN MIS REGISTROS DE SALUD CONDUCTUAL (QUIÉN OBTENDRÁ MI INFORMACIÓN)

☐ Promise Healthcare y cualquier Entidad de Promise Healthcare
☐ Otro: _____Teléfono: (_____)_____
Dirección: _____Ciudad, Estado, Código postal:_____

PROPÓSITO DEL USO/REVELACIÓN DE MIS REGISTROS Y/O INFORMACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

☐ Seguimiento médico ☐ Demanda ☐ Suscripción (Seguro)
☐ Motivos de empleo ☐ Solicitud del paciente (No deseo ser más específico)

LAS FECHAS DE LOS REGISTROS Y/O LA INFORMACIÓN QUE SE UTILIZARÁ O REVELARÁ:

☐ Registros o información de: _____(fecha inicial) a _____(fecha final)

DESCRIPCIÓN DE MIS REGISTROS DE SALUD CONDUCTUAL Y/O INFORMACIÓN QUE SE UTILIZARÁ Y REVELARÁ:

☐ Visita al Consultorio-Psicología/Psiquiatría/Neuropsicología
☐ Evaluación Neuropsicológica
☐ Exámenes de lab.
☐ Registros de facturación
☐ Otro: _____

REGISTROS ESPECIALMENTE PROTEGIDOS

Si desea alguna de la siguiente información de salud, debe marcar e y colocar sus iniciales junto a la categoría a continuación:

☐ Registros de abuso de alcohol/drogas _____Iniciales
☐ Genética _____Iniciales
☐ VIH/SIDA/Enfermedades de Transmisión Sexual _____Iniciales

VENCIMIENTO

Esta autorización vencerá el / / (DD/MM/AA). Si no se especifica una fecha, la información solo será revelada a partir de la fecha en que Promise Healthcare reciba esta solicitud.

CANCELACIÓN DE ESTA AUTORIZACIÓN

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo una carta indicando que quiero cancelarla. Debo firmar la carta, fecharla y hacer que una persona que pueda identificarme la firme como mi testigo. La carta debe ser entregada a la Administración de Información de Salud de Promise en la dirección que se muestra en la parte posterior de esta página. La cancelación entrará en vigencia cuando Promise Healthcare reciba la carta. Entiendo que la carta no tendrá ningún efecto en los usos/revelaciones de mi información médica que se hicieron antes de que Promise Healthcare recibiera mi carta.

819 Bloomington Rd, Champaign, IL 217-356-1558

promise healthcare

Autorizar la revelación de información de salud conductual

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: / /

REVELACIÓN ADICIONAL DE MIS REGISTROS Y/O INFORMACIÓN MÉDICA

Entiendo que la persona que recibe mi información de salud conductual, registros de abuso de alcohol y drogas o registros de VIH NO puede revelarla a otra persona sin mi permiso, a menos que lo permita la ley.

CARGOS

Es posible que me cobren un cargo de copia para completar esta solicitud. Puedo solicitarle a Promise Healthcare un estimado del cargo. Si hay un cargo, la factura puede provenir de **(nombre de la empresa de facturación)** la empresa que procesa la solicitud de información de salud para Promise Healthcare. Si tiene preguntas sobre posibles cargos, comuníquese con el departamento de correspondencia al número que aparece a continuación.

DERECHO A INSPECCIONAR Y TENER COPIAS

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y recibir una copia de los registros que se revelarán de conformidad con esta autorización

MI AUTORIZACIÓN

_____ _____
Firma del paciente de 12 años o más — Fecha de firma

_____ _____
Firma del Representante Legal o Tutor — Fecha de firma

_____ _____
Nombre escrito del Representante o Tutor — Fecha de firma

_____ _____
Firma o Firma del Testigo del Paciente — Fecha de firma

INSTRUCCIONES SOLO PARA LA SOLICITUD DE COPIA DE REGISTRO (MARQUE UNA SI CORRESPONDE):

- ☐ Enviar las copias del registro por correo a la parte o partes que nombré en la sección #3
- ☐ Se recogerán los registros

DEVUELVA ESTE FORMULARIO LLENO A:

Promise Healthcare 819
Bloomington Rd
Champaign, Il 61820
217-356-1558

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

NOTIFICACIÓN DE LIBERACIÓN DEL PROVEEDOR: (SOLO PARA USO EN LA OFICINA)

- ☐ El Dr. _____ ha sido notificado de esta liberación _____ (iniciales/fecha)
- ☐ El Dr. _____ ha sido notificado de esta liberación _____ (iniciales/fecha)
- ☐ HIM ha notificado a todos los proveedores _____ (iniciales/fecha)
- ☐ El Dr. _____ ha negado esta liberación _____ (iniciales/fecha)

Liberado por Nombre del Personal: _____ **Tipo de identificación verificada:** _____ **Fecha:** _____