Formulario de autorización de HIPAA

promise healthcare

Quién puede discutir su información médica

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:

ACERCA DE ESTE FORMULARIO:

- Permite que las personas mencionadas a continuación tengan información sobre su atención médica o pago verbalmente en persona o por teléfono, este formulario **NO** reemplaza la Liberación de Información que permite la obtención de copias de los registros médicos
- Informa a las personas mencionadas a continuación, o a una organización de socorro en casos de desastre de su localidad, sobre su salud o muerte

ESTAS PERSONAS PUEDEN TENER MI INFORMACIÓN DE SALUD

1. Nombre:		Relación con usted:	
Teléfono:	Dirección:		
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
2. Nombre:		Relación con usted:	
Teléfono:	Dirección:		
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
3. Nombre:		Relación con usted:	
Teléfono:	Dirección:		
Ciudad:		Estado:	Código Postal:

POR FAVOR, FIRME AQUÍ:

Al firmar a continuación, autorizo a Promise Healthcare a hablar sobre mi información médica con las personas mencionadas anteriormente. Reiteramos, este formulario **NO** reemplaza la Liberación de Información que permite la obtención copias de los registros médicos:

Marque todo lo que apruebe:

☐ Toda la información
☐ Información de facturación ☐ Información de citas ☐ Resultados de laboratorio ☐ Resultados de pruebas
☐ Tratamiento(s) ☐ Servicios odontológicos
☐ Otro:_____

Firma del Paciente/Padre/Tutor:	**Fecha de hoy**

Su permiso vence en un año a menos que sea cancelado por escrito

Formulario de autorización de HIPAA

INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL A SER REVELADA (Se requiere las iniciales del paciente y la fecha para cada ítem):
Entiendo que los registros solicitados anteriormente pueden contener información médica confidencial que requiere mi consentimiento específico para ser discutida. Autorizo específicamente a Promise Healthcare a hablar sobre mi información de salud con las personas mencionadas anteriormente. Reiteramos, este formulario **NO** reemplaza el Formulario de Liberación de Información que permite la obtención copias de los registros médicos:

- ☐ Salud mental/conductual Iniciales:_____ Fecha:_____
- ☐ Registros de abuso de alcohol/drogas Iniciales:_____ Fecha:_____
- ☐ Genética Iniciales:_____ Fecha:_____
- ☐ Cuidado Reproductivo Iniciales:_____ Fecha:_____
- ☐ VIH/SIDA/Enfermedades de transmisión sexual Iniciales:_____ Fecha:_____

Tenga en cuenta:
La siguiente información médica de un Paciente de 12 a 17 años de edad (Paciente Menor de Edad) está restringida de la siguiente manera:

El uso de drogas/alcohol, la salud reproductiva, SIDA/VIH o el control de la natalidad/enfermedades de transmisión sexual/agresión sexual, así como cualquier información de salud generada como resultado del consentimiento independiente legalmente autorizado del Paciente Menor de Edad para el tratamiento, requiere la firma del Paciente Menor de Edad para esta discusión.

La información sobre salud mental o discapacidades del desarrollo está disponible después de que el Paciente Menor de Edad haya firmado, siempre que el Paciente Menor de Edad haya sido informado y no se oponga a la revelación. De otro modo, la ley de Illinois solo permite que la información limitada sobre salud mental o discapacidades del desarrollo esté disponible para el padre o tutor del Paciente Menor de Edad.

Si el paciente es menor de edad (de 12 a 17 años), Promise también solicita que un testigo adulto firme.

Firma del Paciente/Padre/Tutor:	Fecha de hoy
Firma del testigo:	Fecha de hoy
Nombre del testigo (escrito)	Información de contacto del testigo
Relación del testigo con el paciente	
Su permiso vence en un año a menos que sea cancelado por escrito	

Por favor, rellene este formulario. Nos dirá cuáles miembros de la familia y amigos tienen su permiso para hablar sobre su información de salud.