



Axia Women's Health

Autorización para divulgar información médica protegida

Nombre de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de la paciente: _____

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica relacionada con mi atención y tratamiento sea divulgada como se establece en este formulario: De acuerdo con la ley estatal aplicable y la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996.

1. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo revocarla en cualquier momento escribiéndole al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto cuando ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
2. Entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados por mi autorización de esta divulgación.
3. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con **CONSUMO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto notas de psicoterapia, **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH y PRUEBAS GENÉTICAS** solo si coloco mis iniciales en la línea correspondiente a continuación.
4. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización se puede volver a divulgar a partes adicionales si los destinatarios de este formulario no están obligados a proteger esta información, y si dicha información ya no está protegida por las leyes estatales y federales.
5. Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH, el tratamiento por el consumo de alcohol o drogas o el tratamiento de salud mental, es posible que al destinatario se le prohíba volver a divulgar tal información sin mi autorización, a menos que se lo permitan las leyes estatales y federales.

Nombre del proveedor que divulgará esta información:

- REGIONAL WOMEN'S HEALTH GROUP, LLC** **Otro** _____
- SEVEN HILLS OB-GYN ASSOCIATES, LLC**

Indique el nombre de la persona a la que se le enviará la información, en qué formato y a qué ubicación:

Enviar a:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Formato de la información:

- Correo de EE. UU. a la dirección proporcionada
- Fax: _____
- Otro: _____

Información específica que se publicará: (Marque las casillas a continuación)

- Expediente médico desde la fecha /___/___ hasta la fecha ___/___/___
- Expediente médico completo, incluidos historiales de pacientes, notas del consultorio, resultados de pruebas, estudios de radiología, radiografías, referencias y registros enviados por otros proveedores de atención médica.
- Registros de facturación
- Otro _____

Incluya poniendo sus iniciales:

- _____ Información de salud mental
- _____ Información relacionada con el VIH
- _____ Información sobre pruebas genéticas

Autorización para hablar sobre información médica. Al poner mis iniciales aquí, ___ autorizo el intercambio verbal de mi información médica.

Propósito de la divulgación: (Marque las casillas a continuación)

- A petición de la persona Legal Seguro Discapacidad Coordinación de atención médica Transferencia de atención médica Otro: _

Fecha o evento en el que finaliza la autorización: ___/___/___ *La autorización es válida por un año, a menos que se indique lo contrario.*

FIRMA DE LA PACIENTE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

Si no es la paciente, escriba el nombre de la persona que firma el formulario y la relación con la paciente:

Nombre: _____

Relación: _____