



Catholic Health



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DE CONFORMIDAD CON HIPAA

Authorization to Release Protected Health Information, HIM ROI AUTHORIZATION SP, 5/17/24

FOR CATHOLIC HEALTH USE ONLY:

MRN: \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_\_

Date Processed: \_\_\_\_\_

Logged By: \_\_\_\_\_

Form with fields: Nombre del paciente, Fecha de nacimiento, Últimas 4 cifras del número del Seguro Social (si lo sabe), Dirección del paciente, Número de teléfono

Yo o mi representante autorizado solicitamos que se divulgue información de atención médica según se establece en este formulario. De acuerdo con las leyes del estado de Nueva York (NYS) y la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), entiendo que:

- 1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información médica relacionada con trastornos o tratamiento por consumo de alcohol/drogas/sustancias, tratamiento de salud mental, información relacionada con el VIH e información de salud reproductiva...
2. Si autorizo la divulgación de cualquier información, incluida la de trastornos o tratamiento por consumo de alcohol/drogas/sustancias, información de pruebas genéticas, tratamiento de salud mental, información relacionada con el VIH o información de salud reproductiva...
3. Cierta otra información médica divulgada en función de esta autorización podría volver a ser divulgada por el receptor...
4. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Catholic Health...
5. La firma de esta autorización debe ser voluntaria, y hacerlo no condicionará mi tratamiento, mi pago, mi inscripción en un plan de salud ni mi elegibilidad para beneficios...
6. Catholic Health no puede divulgar registros médicos ni información médica a ninguna persona que no sean aquellas que se indican en esta autorización...
7. Una persona puede quedar sujeta a sanciones penales de conformidad con el Título 42 del Código de los Estados Unidos (USC), artículo 13 20d-6, si, a sabiendas y de una manera que infrinja la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), obtiene información médica que identifica individualmente a otra persona o divulga a otra persona dicha información médica.

Nombre de la entidad/del proveedor de Catholic Health a la/al que se divulgará información de atención médica: (consulte las direcciones en el sitio web de registros médicos de Catholic Health, si lo necesita)

Divulgue/envíe información médica a:

Nombre (y, si corresponde, dirección) de la persona (con el cargo) y la entidad (si corresponde) a las que se enviará esta información médica:

(Nombre) (Dirección completa)

Seleccione el formato: [ ] Papel (correo) [ ] CD (correo) [ ] Fax (incluya el número): \_\_\_\_\_

[ ] Entrega electrónica (dirección de correo electrónico del solicitante): \_\_\_\_\_

Nota: La entrega electrónica se procesa a través del Sistema Externo de Entrega de Información de Catholic Health.

Tipo de información médica (seleccione uno):

- [ ] Historia clínica/información médica desde (fecha) hasta (fecha)
[ ] Historia clínica/información médica completas, incluidos los antecedentes del paciente, las notas de consultas (excepto notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios radiológicos, radiografías, derivaciones, consultas, registros del seguro o de facturación, y otros registros de Catholic Health.
[ ] Otra/especifique: \_\_\_\_\_

\*Incluya información médica relacionada con (coloque sus iniciales en cada línea para indicar la información específica que se solicita):

Información de trastornos por consumo de alcohol/drogas/sustancias Información de pruebas genéticas Información de salud mental \*Información de salud reproductiva (consulte la declaración más abajo) Información relacionada con el VIH

Motivo por el cual se divulga la información (seleccione todas las opciones que correspondan): [ ] Solicitud del paciente/del representante personal

[ ] Coordinación de atención/tratamiento [ ] Capacitación/educación/revista [ ] Legal [ ] Marketing/recaudación de fondos [ ] Otro: \_\_\_\_\_

Vencimiento de la autorización: (si se deja en blanco, la autorización no vencerá ni cambiará salvo que se solicite)

Por única vez Fecha Evento

Completé todos los puntos de este formulario a mi leal saber y entender, y respondieron todas las preguntas que tenía al respecto. Me han proporcionado una copia de este formulario cuando la solicité.

En el caso de las divulgaciones que incluyen información de salud reproductiva: Comprendo que la Ley HIPAA prohíbe el uso o la divulgación de información de salud reproductiva cuando se la busca para investigar personas, proveedores de atención médica u otras personas que buscan, obtienen, brindan o facilitan atención de salud reproductiva, o para determinar la responsabilidad de estas. Declaro que no hago esta solicitud con el objetivo de realizar una investigación ni determinación de responsabilidad en relación con la atención de salud reproductiva. Comprendo que me pueden solicitar que firme declaraciones adicionales o por separado.

Paciente/representante personal: Firma: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_

\*Si firma el representante personal: indique relación con el paciente o autoridad para actuar en su nombre Información de contacto del representante personal (si no es la que figura arriba)

UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN TENDRÁ LA MISMA VIGENCIA Y LOS MISMOS EFECTOS QUE EL ORIGINAL.