

## CONE HEALTH MEDICAL GROUP

### PETICIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Dirija la revocación o investigaciones pertinentes a esta petición a (*site name, address, phone, and fax*):

**ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**LEA ATENTAMENTE:**

Cone Health, sus empleados, oficiales y médicos por este medio son liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información a continuación, en la medida indicada y autorizada en el presente. Yo autorizo el uso o la divulgación de mi información médica de identificación personal como se describe a continuación. Esto incluye información relacionada a la salud mental, abuso de drogas/alcohol y diagnóstico de VIH/SIDA. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud ni médico, la información divulgada ya no puede estar protegida por las normas de privacidad federales o estatales.

Entiendo que, a menos que revoque antes esta autorización, vencerá el (*fecha*): \_\_\_\_\_. Si no se indica fecha, se indica que esta divulgación vencerá en 90 días desde la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo a Cone Health por escrito; si la revoco, no tendrá ningún efecto sobre las acciones que Cone Health tomó antes de recibir la revocación. Entiendo que Cone Health no me puede obligar a firmar esta autorización como condición para recibir tratamiento de Cone Health excepto: (i) cuando Cone Health me proporcione tratamiento relacionado con la investigación; o (ii) cuando Cone Health me proporcione atención médica únicamente con el propósito de crear la información médica protegida para divulgación a otra persona.

**\*\*\*PUEDE HABER UN CARGO POR LA REPRODUCCIÓN DE DISCOS/PELÍCULAS/CINTAS MÉDICAS.\*\*\***

La reproducción de mi información médica protegida debe proporcionarse de la siguiente manera (marque todas las que aplican):

Impresión en papel  CD/DVD/USB  Correo  Fax al # \_\_\_\_\_  Recoge el destinatario autorizado

Yo autorizo a Cone Health o a \_\_\_\_\_ a divulgar la siguiente información a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

La información debe ser divulgada con el fin de:  Continuidad de la atención  Representación legal  Crédito de la escuela

Solicitud del paciente  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Información a ser divulgada:**

Fechas que cubre el periodo o periodos de atención médica de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Seleccione de las siguientes opciones (marque todas las que aplican):  Fechas de servicio  Resumen de alta hospitalario

Historial y examen físico  Notas de progreso de oficina  Prueba de laboratorio  Informes de rayos X

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de:  Padres  Tutor legal  Representante autorizado (*adjunte copia de los documentos legales*) Fecha \_\_\_\_\_

**\*USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN\***

**OFFICE USE ONLY:**

Driver's License # \_\_\_\_\_ Staff Signature (*STAFF MUST CHECK LEGAL PICTURE I.D. PRIOR TO SIGNING*) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

DATE PROCESSED: \_\_\_\_\_ NUMBER OF PAGES: \_\_\_\_\_ INITIALS: \_\_\_\_\_ CHECK ONE:  MAILED  FAXED  PICKED UP