

Family Practice of Grand Island, PC 1/12/06

2116 W Faidley Ave, Ste 400
Grand Island, NE 68803
Teléfono: 308-381-0162 Fax 308-389-4445

**AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD
[PROTECTED HEALTH INFORMATION] (PHI)**

(Por favor complete con tinta. **Agregue una copia de su identificación para verificación.**)

Nombre del Paciente _____ Nombre Previo _____
Fecha de Nacimiento _____ SS # _____ No. de Cuenta _____

Doy mi autorización por escrito para revelar información (PHI) por escrito o verbalmente sobre el paciente arriba mencionado:

DE: (Clínica/Médico) _____ PARA: Nombre _____
Dirección _____ Dirección _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono _____ Numero de Fax _____
Fecha de Nacimiento _____ Relación _____

Propósito de la Revelación de la Información: _____ Transferencia de la PHI _____ Legal _____
_____ Mercadotecnia (no cara a cara) _____ Aplicaciones de Seguro _____ Investigación _____
_____ Determinaciones de Empleo _____ Otro _____

Autorizo la revelación de de la información protegida bajo la ley federal. Esta información, una vez revelada, puede ser revelada nuevamente por quien la reciba y no continuar mas protegida bajo la ley federal. Esta autorización aplica a:

_____ PHI Completo (expediente medico)
_____ PHI relacionado con la(s) siguiente(s) condición(es), prueba(s) o fecha(s) de tratamiento: _____
_____ Otro _____

Si la revelación de la PHI que arriba he autorizado incluye cualquiera de lo siguiente *información de salud altamente protegida*, doy autorización específica para revelar esta información de salud altamente protegida por los cuales se me han hecho exámenes, se me ha dado diagnostico o tratamiento. (Por favor ponga sus iniciales en cada opción que aplique.)

_____ **Uso de Drogas, de alcohol o abuso de estupefacientes.** _____ **HIV, SIDA**
_____ **Salud Mental** (Las notas de psicoterapia están prohibidas por la ley)
_____ **Enfermedades Sexualmente transmitidas**

Esta información ha sido revelada a la persona anteriormente mencionada de expedientes cuya confidencialidad esta protegida por la Ley Federal. La Regulación Federal (42 CFR Parte 2) prohíbe revelación posterior de *Información de salud altamente protegida* sin autorización específica escrita de la persona a quien le concierna. Una autorización general para la revelación de información de salud altamente protegida NO es suficiente para este propósito.

Si es aplicable y a menos que se disponga de otra manera por orden de la corte, el representante legal del paciente, padre biológico o guardián legal de un menor (<19 años de edad) son quienes la responsabilidad sea autorizar la revelación de la PHI del paciente. En el caso del consentimiento de un menor para recibir servicios por STD o dependencia química, el menor y solo el puede autorizar la revelación de PHI relacionada con estas condiciones.

Yo entiendo que al negar la autorización para revelar mi Información Protegida De Salud no hay mal efecto en mi matriculación, elegibilidad de beneficios, o la cantidad que Medicare paga para los servicios que recibo.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Personal Representativo

Relación

Fecha

(Documentación agregado)

Firma del Notario o Testigo

Fecha

Esta autorización **expira seis meses después de la fecha de la firma** **en el evento** _____ **(por ejemplo mi muerte, el termino del investigación)**.. Sin embargo, esta autorización puede ser revocada en cualquier momento a través de una notificación escrita a Family Practice of G.I, siempre y cuando sea recibida antes de que la información sea revelada. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan valida como el original.

Revocación por _____ en _____ atestiguada por _____

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Fecha

Firma del Testigo de FP

over

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD cont.

Family Practice Use Only

Date Needed _____

Date FP received _____

Date Sent US Mail _____

MD/PA Signature _____

Date Picked up _____

FP Staff Signature _____

- \$____ Fee for this request (\$20 handling plus \$0.50/page copied and/or cost-based/x-ray film copied)
- No fee for this request
- Signed completed authorization form was given to patient/personal representative
- Signed completed authorization form was given to receiver of disclosed PHI