

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ (mm/dd/aaaa)
Nombre del tutor legal: _____ Relación con el paciente: _____

Solicito una copia o resumen de las siguientes historias clínicas:

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|
| ☐ Historia Clínica Completa* | ☐ Vacunas | ☐ Informes de laboratorio | ☐ Informes de imágenes |
| ☐ Terapia/salud conductual | ☐ Nutrición | ☐ Alergias | ☐ Otro _____ |

* No incluye historial de salud conductual y nutrición

Para las fechas de servicio desde ____/____/____ hasta ____/____/____

Propósito de la divulgación:

- | | | | |
|--|--|-----------------------------------|---|
| ☐ Transferencia de atención | ☐ Mudarse fuera del área | ☐ Legal | ☐ Consulta con especialistas |
| ☐ Reclamación de seguro | ☐ Reclamación de compensación para trabajadores | ☐ Personal | ☐ Otro _____ |

Elija uno:

- ☐ Solicitud de transferencia de registros A Avance Care DE el consultorio que se menciona a continuación

*** No aceptamos CD o unidades Flash. Envíe la historia clínica por fax o correo postal***

- ☐ Solicitud de transferencia de registros DE Avance Care A el consultorio que se menciona a continuación

- ☐ Solicitud para transferir la historia clínica a mí mismo (paciente o tutor legal) para uso personal*

* Debe firmar el formulario de consentimiento informado para aceptar historias clínicas para uso personal (ver segunda página)

Espere 15 días hábiles para el procesamiento. La información incompleta retrasará el procesamiento.

Nombre del consultorio: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre de la ubicación de Avance Care: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

- Entiendo que mi historia clínica puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud conductual o mental y tratamiento para el consumo excesivo de alcohol o drogas. En consecuencia, autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ☐ Sí | ☐ No | Registros de salud mental o tratamiento psiquiátrico |
| ☐ Sí | ☐ No | Registros de tratamiento por consumo excesivo de sustancias (drogas o alcohol) |
| ☐ Sí | ☐ No | Información sobre enfermedades de transmisión sexual |
| ☐ Sí | ☐ No | Información relacionada con el VIH/SIDA |

- Entiendo que autorizar la divulgación de la información de salud protegida es voluntario. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que una vez que mi información de salud protegida se divulga de conformidad con esta autorización, el receptor podría volver a divulgarla y quizás ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito. Entiendo que dicha revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. A menos que se revoque, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento o condición:

Si no especifico una fecha, evento o condición de vencimiento, esta autorización se vencerá luego de noventa (90) días.

Firma: _____

Fecha: _____

Paciente o tutor legal

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACEPTAR HISTORIAS CLÍNICAS PARA USO PERSONAL

(Solo debe completarse si las historias clínicas se transfieren al paciente o al tutor legal)

Mediante la firma a continuación, reconozco que he sido plenamente informado de que es contrario al asesoramiento médico que se divulguen mis registros, pero deseo proceder en contra de la orientación profesional que me han dado. Al poner las iniciales después de cada punto, reconozco que los siguientes son ejemplos de las razones por las que esta práctica no se recomienda generalmente para los registros, en particular para los registros psicológicos. Los siguientes ejemplos ciertamente no son exhaustivos y pueden aplicarse consecuencias negativas imprevistas adicionales a mi caso:

- Una vez publicados, estos registros pueden terminar en manos de personas que no están obligadas a seguir la HIPAA y otras prácticas para proteger los registros _____ (Inicial)
- Una vez divulgados en un proceso legal, estos registros pueden perder su estado confidencial por completo, e incluso potencialmente convertirse en conocimiento público o utilizarse en su contra _____ (Inicial)
- Cuando se revisan en ausencia de orientación profesional, por ejemplo, de un médico o de su terapeuta actual, partes de los registros podrían malinterpretarse, utilizarse mal, etc. y podrían causar angustia emocional u otro daño _____ (Inicial)
- Una vez divulgados, puede perder las opciones para protegerlos que su abogado podría haber ejercido, si hubiera obtenido la orientación legal adecuada antes de obtener los registros _____ (Inicial)
- Incluso cuando se solicitan sus registros por citación, es posible que no esté obligado a entregarlos, y entregarlos puede exponer innecesariamente su información personal _____ (Inicial)
- Permitir que su información caiga en otras manos no solo puede ponerlo en riesgo de sufrir daños, sino que también puede poner a otros en riesgo de acciones de represalia _____ (Inicial)

*** Tenga en cuenta que los registros personales se cargarán en su portal de paciente, a menos que el tamaño del archivo lo prohíba, en cuyo caso, se enviarán por correo a la dirección que figura en el formulario de divulgación.**

Mediante la firma a continuación, reconozco que, a pesar de los riesgos potenciales para mí y para los demás, elijo que mis registros no se envíen directamente a un profesional de la salud o abogado, sino que deseo tenerlos en mi posesión personal.

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente o tutor legal

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____