



4705 University Drive Bldg 700
Durham, NC 27707
Teléfono: 919-237-1337 | Fax: 919-237-1625

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Para comunicaciones orales, complete el formulario de *consentimiento de Avance Care para divulgar verbalmente la información médica protegida (Protected Health Information, PHI)*

Esta autorización se aplica a toda la organización de Avance Care, incluidos todos los servicios de atención primaria y las especialidades de salud conductual y bienestar.

Sección uno: Información del paciente	
Autorizo a divulgar la información médica de:	
NOMBRE LEGAL DEL PACIENTE (OBLIGATORIO)	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	TELÉFONO
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (SI SE CONOCE)
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (*SI NO ES PACIENTE)	RELACIÓN CON EL PACIENTE (padre/madre, tutor o representante autorizado)
*Si usted no es el paciente o es el padre de un paciente menor de edad, DEBE adjuntar documentación que acredite su autoridad para actuar en nombre del paciente (agente de atención médica/poder notarial, orden judicial, documentación de tutor legal, documentación de albacea/administrador)	
Sección dos: Partes reveladoras y receptoras	
Divulgar mis registros DE :	
☐ Avance Care (Enumere las ubicaciones individuales o indique "Todos") _____ ☒ Nombre/centro y/o teléfono _____ de la práctica: _____ Dirección: _____ Fax: _____	
Divulgar mi información A :	
☐ Mi, usando la información de contacto anterior, en el formato especificado en la Sección cinco. ☒ Nombre/centro y/o teléfono _____ de la práctica: _____ Dirección: _____ Fax: _____	
Sección tres: Alcance de la divulgación, información para divulgarse	
Las fechas de tratamiento incluyen:	
☐ Todas las fechas de tratamiento ☒ Fechas de servicio: _____ para _____ únicamente (sea específico)	
----- Lea atentamente esta sección -----	
☐ Historia clínica completa , para incluir todas las categorías enumeradas a continuación, O BIEN Categorías individuales: ☐ Registros de salud conductual/salud mental* ☐ Registros de psiquiatría ☐ Informes de laboratorio y patología ☐ Registros de vacunación ☐ Notas de alergia ☐ Notas de procedimiento ☐ Informes de imágenes ☐ Notas nutricionales ☐ Lista de medicamentos ☐ Otro: _____	☒ Y/O Estados de cuenta (por lo general no se incluyen como parte de su historia clínica) ----- Se proporcionará todo tipo de información que se encuentre en los registros seleccionados a la izquierda (si corresponde), incluida la información que pueda considerarse confidencial, como información relacionada con el trastorno por abuso de sustancias (substance abuse disorder, SUD), información genética, pruebas de VIH, resultados de VIH o información sobre el SIDA . Si NO desea que estas categorías se incluyan en esta versión, debe indicarlo claramente aquí. Especifique cualquier información que desee <u>excluir</u>: _____ _____
* Esta divulgación no incluye notas de psicoterapia ni de SUD que se mantienen separadas para uso exclusivo del proveedor tratante.	

Sección cuatro: Propósito de la solicitud

☐ Personal ☐ Transferencia de atención ☐ Continuación de la atención ☐ Legal ☐ Discapacidad
☐ Indemnización por accidente de trabajo ☐ Facturación/Seguro ☐ Otro (especifique): _____

Sección cinco: Formato y entrega de la información (Seleccione una opción) NO ACEPTAMOS CD NI MEMORIAS PORTÁTILES

☐ Correo (en papel) ☐ Fax ☐ MyChart/Portal del paciente** ☐ Recogida en persona*** ☐ Correo electrónico****

** El tamaño del archivo puede limitar qué contenido es accesible en el portal. De ser así, se enviarán por correo a la dirección que figura en este comunicado.

*** Espere 21 días calendario para el procesamiento. Se le notificará cuando los registros estén listos para ser entregados.

**** Encriptamos todas las comunicaciones por correo electrónico para proteger su información. Sin embargo, tenga en cuenta que esta es la única medida que podemos proporcionar para garantizar la seguridad de su historia clínica durante la transmisión. El correo electrónico sigue siendo inherentemente vulnerable al acceso no autorizado, y recomendamos tener cuidado al compartir información confidencial. El tamaño del archivo limita lo que podemos enviar por correo electrónico. De ser así, se enviarán por correo a la dirección que figura en este comunicado.

Sección seis: Fechas de vigencia y caducidad de la autorización

Esta autorización entra en vigencia inmediatamente. A menos que se revoque, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición: _____.

Si no especifico una fecha, evento o condición de caducidad, esta autorización caducará luego de noventa (90) días de la fecha de la firma.

Sección siete: Consideraciones del paciente y autorización

Comprendo lo siguiente:

- No estoy obligado a firmar esta autorización para recibir tratamiento médico. Negarme a firmar no impedirá ni afectará la atención que reciba de Avance Care, ni impedirá que Avance Care solicite el pago por los servicios prestados.
- Puedo cancelar o revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una solicitud por escrito a la dirección que figura en el encabezado de este formulario, a la atención de: Medical Records. Cualquier revocación se aplicará solo a la información que aún no haya sido divulgada por Avance Care en el momento en que se procese la revocación.
- Si la persona o el centro que recibe esta información no es un proveedor de atención médica o un proveedor de seguro médico cubierto por las regulaciones de privacidad, la información anterior puede estar sujeta a una nueva divulgación. Sin embargo, los registros relacionados con el tratamiento de trastornos por uso de sustancias que están protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2) no se pueden volver a divulgar sin mi autorización por escrito, a menos que dichas regulaciones permitan lo contrario (excepto para usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos contra ustedes).
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario si lo solicito.
- Se puede cobrar una tarifa por proporcionar la información médica protegida solicitada. Visite nuestro sitio web <http://www.avancecare.com/medical-records> para obtener una lista de tarifas.

Reconozco que he leído y comprendido los términos de esta autorización y doy mi consentimiento de manera voluntaria para que se divulgue mi historia clínica como se indica anteriormente.

FIRMA DE LA PERSONA QUE DA EL CONSENTIMIENTO O DEL REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO EN LETRA DE IMPRENTA

RELACIÓN CON LA PERSONA (sí mismo*, padre/madre, tutor o representante autorizado)

Un paciente (18 años o más) debe autorizar la divulgación de su propia información, a menos que el paciente esté incapacitado o haya fallecido. Si firmo por un paciente menor de edad, por la presente declaro que mis derechos parentales no han sido revocados por un tribunal de justicia. Situaciones específicas que requieren la autorización del menor.

Aviso al destinatario de los registros protegidos según el 42 CFR, parte 2
42 CFR, Parte 2 prohíbe el uso o la divulgación no autorizada de estos registros.