

Autorización para el Uso o Divulgación de la Información Protegida de la Salud

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Yo autorizo _____ para **(marque una de las casillas de abajo)**:
(Escriba el Nombre del Componente o Proveedor de la atención médica de la ECU)

Usar o divulgar una copia de mi información Protegida de la Salud (PHI por sus siglas en inglés) identificada a continuación:

(Escribir el nombre (s) de la persona(s) o entidad(es) Autorizada (s) para recibir la Información Protegida de la Salud (PHI por sus siglas en inglés))

(Escriba la Dirección y Número de Teléfono de la Persona o Entidad Autorizada para Recibir Información Protegida de la Salud) (PHI por sus siglas en inglés)

O

Solicitar una copia específica de mí Información Protegida de la Salud a:

(Escribir el Nombre de la Persona/Entidad Autorizada a Enviar Información Protegida de la Salud) (PHI por sus siglas en inglés)

(Escribir la Dirección y Número de Teléfono de la Persona/Entidad Autorizada para Enviar Información Protegida de la Salud) (PHI por sus siglas en inglés)

El Propósito de esta autorización es para: _____

Al poner mis iniciales en los espacios de abajo, Yo autorizo específicamente el uso o divulgación de la siguiente Información Protegida de la Salud (PHI por sus siglas en inglés):

- ___ Expediente Médico Completo
- ___ Visita(s) al consultorio-Especificar fechas de Servicio: _____
- ___ Cartilla de Vacunación – Especificar días de servicio: _____
- ___ Otro: _____

Debe de poner sus iniciales en los siguientes elementos para que se incluyan en la solicitud para el uso o divulgación:

- ___ VIH/Información relacionada con el SIDA ___ Información de Pruebas Genéticas
- ___ Información de Salud Mental ___ Registros de los Programas de Abuso de Alcohol y Drogas
- ___ Notas de Psicoterapia. Si se selecciona Notas de Psicoterapia, no se puede seleccionar ningún otro elemento. Se debe completar un formulario por separado. El uso o divulgación de las notas de Psicoterapia es a discreción del autor de las notas.

He leído y entiendo esta información. Entiendo que, si la persona u organización que recibe esta información no es un proveedor de atención médica, una organización de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, entonces mi Información Protegida de la Salud (PHI por sus siglas en inglés) puede volver a divulgarse y no estará protegida por estas regulaciones. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que el negarme a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento. Yo soy el paciente o soy el representante personal del paciente y estoy autorizado a firmar este documento que autoriza el uso o divulgación de la

Información Protegida de la Salud bajo los términos antes mencionados. He recibido una copia de este formulario si un Componente de la Atención Médica de ECU me ha solicitado una autorización para el uso o divulgación de la información protegida de la salud.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en la cual ya se han tomado acciones en función a esta autorización. Por favor envíe una solicitud por escrito o complete una Revocación de Autorización para el Uso o Divulgación de la Información Protegida de la Salud (PHI por sus siglas en inglés) y envíelo a: ECU Privacy Office, Physicians Quadrangle N, 600 Moyer Blvd, Greenville, NC 27834.

A menos de que se haya revocado anteriormente, esta *autorización expirará el:*

_____.
(Escribir la Fecha o el Evento Específico, es decir enviando como se solicitó anteriormente)

Fecha: _____

Firma del Paciente

Firma de la Persona que Firma en Nombre del Paciente

Nombre Impreso

Relación Legal con el Paciente