

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

**TODAS LAS SECCIONES de este formulario NECESITAN ser completas antes de que se pueda procesar su solicitud. No olvide firmar y poner la fecha antes de entregarlo.**

**Nombre legal y apellidos del/la paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la arriba citada persona como se describe a continuación. **Si la solicitud se refiere a más de 50 páginas se enviarán los documentos por correo, y no por fax. Por favor confirme su dirección postal a continuación.**

<b>Se divulga la información por:</b>	<b>Y se proporciona la información a:</b>
NOMBRE DE LA INSTALACIÓN: Family Health Center at: <input type="checkbox"/> Biltmore <input type="checkbox"/> Newbridge <input type="checkbox"/> Deerfield <input type="checkbox"/> Cane Creek <input type="checkbox"/> Enka/Candler <input type="checkbox"/> Givens	NOMBRE DE LA PERSONA / ORGANIZACIÓN / INSTALACIÓN
DIRECCIÓN: <b>123 Hendersonville Road</b>	DIRECCIÓN:
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: <b>Asheville, NC 28803</b>	CIUDAD/ESTADO TEL: _____ FAX: _____

**El propósito o la necesidad de esta divulgación es:**

**Quisiera recibir mis informes médicos:**  por fax     por correos     en persona ( \_\_\_ en forma de papel, o \_\_\_ en forma de CD)  
 Comprendo que la información que se divulga puede incluir información sensible acerca de salud conductual y/o mental, drogas y alcohol (incluyendo datos sobre un programa que provee diagnóstico y tratamiento de, o referencia por abuso de alcohol o drogas, como es definido por la ley federal en Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR Part 2), violación, abuso o maltrato (sexual, físico, hacia una persona mayor, conyugal, etcétera), aborto, enfermedades sexuales, tal como VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles y pruebas genéticas.

- Información a ser divulgada:** (marque la(s) casilla(s) adecuada(s))
- Autorización estándar (anotaciones de los últimos tres años, informes de análisis de laboratorio y de radiografías, lista de medicinas, lista de alergias, registro de inmunizaciones, anotaciones de consultas.)
  - Únicamente la información relacionada con (especifique): \_\_\_\_\_
  - Únicamente el período de eventos de: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_
  - Exclusiones \_\_\_ Resultados de pruebas de VIH/SIDA, diagnóstico, tratamiento, e información relacionada  
 \_\_\_ Resultados de pruebas de drogas e información sobre el uso de drogas y alcohol, y los tratamientos por ello.  
 \_\_\_ Documentaciones de salud mental  
 \_\_\_ Pruebas genéticas
  - Expediente médico completo

Comprendo que esta autorización se vencerá 90 días después de la fecha de firma, al no ser que yo he especificado una fecha de vencimiento diferente o evento de vencimiento como se indica a continuación: \_\_\_\_\_

Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al MAHEC Privacy Officer (oficial de privacidad de MAHEC), 121 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803, y que esta autorización cesa de tener efecto en la fecha de notificación, excepto en la medida de las acciones ya tomadas en dependencia de ella.

Comprendo que la información usada o divulgada por esta autorización puede estar sujeta a otras divulgaciones por parte del destinatario y posiblemente deje de estar protegida por las leyes federales o estatales.

Comprendo que la provisión de esta autorización no será un requisito para MAHEC para brindar tratamiento o elegibilidad de atención, a excepción si tal atención es: (1) relacionada con investigación, o (2) proporcionada solamente con el propósito de crear información protegida de salud para la divulgación a un tercero.

**Al firmar a continuación, declaro que he leído y comprendo esta autorización.**

<b>FIRMA DEL/LA PACIENTE</b>	<b>FECHA</b>
<b>FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE AUTORIZADO/A DEL/LA PACIENTE, SI CORRESPONDE</b> (Declare el parentesco con el/la paciente)	<b>FECHA</b>
<b>FIRMA DEL TESTIGO, SI CORRESPONDE</b>	<b>FECHA</b>

**USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE HABERLA FIRMADO.**

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

**COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES, FECHAR Y FIRMAR**

<b>Nombre y apellidos del/la paciente:</b> _____	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____
--	-----------------------------------

Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la arriba citada persona como se describe a continuación.

<b>Se divulga la información por:</b>	<b>Y se proporciona la información a:</b>
NOMBRE DE LA INSTALACIÓN:	Family Health Center at: <input type="checkbox"/> Biltmore <input type="checkbox"/> Newbridge <input type="checkbox"/> Deerfield <input type="checkbox"/> Cane Creek <input type="checkbox"/> Enka/Candler <input type="checkbox"/> Givens
DIRECCIÓN:	<b>123 Hendersonville Road</b>
CIUDAD/ESTADO	<b>Asheville, NC 28803</b>
TEL: _____ FAX: _____	

**El propósito o la necesidad de esta divulgación es:**

Comprendo que la información que se divulga puede incluir información sensible acerca de salud conductual y/o mental, drogas y alcohol (incluyendo datos sobre un programa que provee diagnóstico y tratamiento de, o referencia por abuso de alcohol o drogas, como es definido por la ley federal en Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR Part 2), violación, abuso o maltrato (sexual, físico, hacia una persona mayor, conyugal, etcétera), aborto, enfermedades sexuales, tal como VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles y pruebas genéticas.

- Información a ser divulgada:** *(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))*
- Información a ser divulgada:** *(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))*
- Autorización estándar (anotaciones de los últimos tres años, informes de análisis de laboratorio y de radiografías, lista de medicinas, lista de alergias, registro de inmunizaciones, anotaciones de consultas.)
  - Únicamente la información relacionada con (especifique): \_\_\_\_\_
  - Únicamente el período de eventos de: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_
  - Exclusiones \_\_\_ Resultados de pruebas de VIH/SIDA, diagnóstico, tratamiento, e información relacionada  
 \_\_\_ Resultados de pruebas de drogas e información sobre el uso de drogas y alcohol, y los tratamientos por ello.  
 \_\_\_ Documentaciones de salud mental  
 \_\_\_ Pruebas genéticas
  - Expediente médico completo

Comprendo que esta autorización se vencerá 90 días después de la fecha de firma, al no ser que yo he especificado una fecha de vencimiento diferente o evento de vencimiento como se indica a continuación: \_\_\_\_\_

Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al MAHEC Privacy Officer (oficial de privacidad de MAHEC), 121 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803, y que esta autorización cesa de tener efecto en la fecha de notificación, excepto en la medida de las acciones ya tomadas en dependencia de ella.

Comprendo que la información usada o divulgada por esta autorización puede estar sujeta a otras divulgaciones por parte del destinatario y posiblemente deje de estar protegida por las leyes federales o estatales.

Comprendo que la provisión de esta autorización no será un requisito para MAHEC para brindar tratamiento o elegibilidad de atención, a excepción si tal atención es: (1) relacionada con investigación, o (2) proporcionada solamente con el propósito de crear información protegida de salud para la divulgación a un tercero.

**Al firmar a continuación, declaro que he leído y comprendo esta autorización.**

<b>FIRMA DEL/LA PACIENTE</b>	<b>FECHA</b>
<b>FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE AUTORIZADO/A DEL/LA PACIENTE, SI CORRESPONDE</b> <i>(Declare el parentesco con el/la paciente)</i>	<b>FECHA</b>
<b>FIRMA DEL TESTIGO, SI CORRESPONDE</b>	<b>FECHA</b>

**USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE HABERLA FIRMADO.**