

<b>Sección A: Esta sección tiene que ser llenada para todas las Autorizaciones</b>					
<b>Nombre del Paciente:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Teléfono del Paciente:</b>	<b>Últimos 4 Dígitos del Seguro Social (opcional)</b>	
<b>Nombre del Proveedor:</b>		<b>Nombre del Destinatario:</b>			
<b>Dirección del Proveedor:</b>		<b>Dirección 1:</b>			
		<b>Dirección 2:</b>		<b>Teléfono del Destinatario</b>	
		<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>	<b>C.P.:</b>
<b>Solicitud de Entrega (Si es dejado en blanco, se le proporcionará una copia en papel):</b> <input type="checkbox"/> Copia de Papel <input type="checkbox"/> Medio Electrónico, si está disponible (ej. memoria portátil USB, CD/DVD) <input type="checkbox"/> Correo Electrónico Codificado <input type="checkbox"/> Correo Electrónico No Codificado <b>NOTA:</b> En caso de que las instalaciones médicas sean incapaces de acomodar una entrega electrónica como se ha solicitado, se proporcionará un método alternativo de entrega (ej. una copia en papel). Existe algún nivel de riesgo que un tercero pudiera enterarse de su 'PHI' (Información Protegida sobre Salud) sin su consentimiento en la transmisión de correo electrónico/medios electrónicos no codificados. No nos hacemos responsables en caso de acceso no autorizado al 'PHI' contenido en este formato ni de ningún riesgo (ej. virus) potencialmente introducido dentro de su computadora/aparato electrónico en la recepción de 'PHI' por correo electrónico o en formato electrónico.					
<b>Dirección de Correo Electrónico (Si marca correo electrónico arriba. Por favor escriba legiblemente):</b>					
Esta autorización vencerá en la siguiente: (Llene la fecha o el Evento pero no los dos.)					
<b>Fecha:</b>		<b>Evento:</b>			
<b>Propósito de la divulgación de información:</b>					
<b>Descripción de la información que será usada o divulgada</b>					
¿Esta solicitud es para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Si, por lo tanto es la única cosa que puede solicitar por medio de esta autorización. Debe someter otra autorización para los elementos de abajo. <input type="checkbox"/> No, por lo tanto usted debe marcar tantos elementos como necesite.					
<b>Descripción:</b>	<b>Fecha(s):</b>	<b>Descripción:</b>	<b>Fecha(s):</b>	<b>Descripción:</b>	<b>Fecha(s):</b>
<input type="checkbox"/> Toda la 'PHI' (información protegida sobre salud) en el expediente médico <input type="checkbox"/> Formulario de Admisión <input type="checkbox"/> Reportes Dictados <input type="checkbox"/> Ordenes del Médico <input type="checkbox"/> Admisión/Salida <input type="checkbox"/> Pruebas Clínicas <input type="checkbox"/> Hojas de Medicamentos		<input type="checkbox"/> Información Operativa <input type="checkbox"/> Laboratorio de Cauterización <input type="checkbox"/> Prueba/Terapia Especial <input type="checkbox"/> Tiras de Ritmo <input type="checkbox"/> Información de Enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de Transferencia <input type="checkbox"/> Información de la Sala de Emergencias		<input type="checkbox"/> Resumen del Estar de Parto/Parto <input type="checkbox"/> Evaluación por la Enfermera de Obstetricia <input type="checkbox"/> Información Postparto <input type="checkbox"/> Factura Detallada: <input type="checkbox"/> UB-04: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:	
Reconozco, y por medio de la presente doy mi consentimiento para que la información divulgada pueda contener información sobre abuso de alcohol, drogas, información genética, psiquiátrica, pruebas de VIH, resultados de VIH o información de SIDA. _____ (Iniciales)					
Entiendo que:					
1. Puedo rehusarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntario. 2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no podrá estar condicionada a la firma de esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en las acciones tomadas antes de recibir esta revocación. Se pueden encontrar detalles adicionales en el Aviso Sobre Practicas de Privacidad. 4. Si el solicitante o el destinatario no es un plan de salud o un proveedor de servicios de salud, la información divulgada ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad y podrá ser divulgada de nuevo. 5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por medio de una cuota razonable, si yo así lo solicito. 6. Yo voy a recibir una copia de este formulario después de firmarlo.					
<b>Sección B: ¿La solicitud de la 'PHI' (Información Protegida Sobre Salud) es para propósitos de mercadotecnia y/o involucra la venta de la Información Protegida Sobre Salud?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si es así, el plan de salud o el proveedor de servicios de salud debe llenar la Sección B, de otra manera vaya a la Sección C.					
¿El destinatario recibirá alguna remuneración financiera a cambio del uso o divulgación de esta información? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si es así, describa:					
¿Podrá el destinatario de la 'PHI' (Información Protegida Sobre Salud) recibir remuneración financiera a cambio de la Información? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Sección C: Firmas</b>					
He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información protegida sobre salud tal y como ha sido establecido.					
<b>Firma del Paciente/Representante del Paciente:</b>				<b>Fecha:</b>	
<b>Nombre del Representante del Paciente en letra de Imprenta:</b>				<b>Relación con el Paciente:</b>	



**WESLEY**  
 Medical Center  
 HIM Authorization For Use or Disclosure of Protected Health Information (PHI)  
 Administración de Información de Salud – Autorización para el Uso o la  
 Revelación de Información de Salud Protegida



\*ROI\*

MR1764B (R08.14)

Patient Identification

Page Number 1 of 1