



Organización que divulga la información	A quién se le proporcionará la información
Centro:	Entidad o persona:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, estado, código postal:	Ciudad, estado, código postal:
Fax: Teléfono:	Fax: Teléfono:

Puede haber una TARIFA asociada con la solicitud de su expediente

Comprendo que la información que se divulgará podría contener referencias a información confidencial relacionada con la salud mental y conductual, el VIH/sida u otras enfermedades contagiosas, así como al consumo de drogas o alcohol.

Entrega del expediente:	☐ Correo postal ☐ Recojo (en la clínica, se requiere identificación) ☐ Fax
Propósito:	☐ Personal ☐ Continuidad de la atención ☐ Otro _____
Esta autorización quedará sin efecto:	☐ En esta fecha __/__/____ ☐ Después de recibir la información ☐ Nunca, a menos que solicite su terminación por escrito ☐ Otra _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

De conformidad con las leyes federales de privacidad, Canyonlands Healthcare ("CHC") está autorizado para usar o divulgar su información de salud para operaciones relacionadas con el tratamiento, los pagos y el cuidado de la salud, y para los fines que exige la ley. Para usos y divulgaciones ajenos a estos fines, requerimos su autorización por escrito antes de compartir su información de salud. CHC tiene la política de no divulgar información médica confidencial sobre su tratamiento a familiares o amigos, excepto (i) al padre, la madre o el tutor legal de un menor de edad o un adulto incapacitado, (ii) a otras personas autorizadas por el paciente, (iii) según lo podamos inferir razonablemente con base en las circunstancias; por ejemplo, si trae con usted a un familiar o amigo a la sala de examinación, inferiremos, a menos que usted se oponga, que la persona tiene derecho a recibir información sobre su tratamiento, (iv) en situaciones de emergencia

o (v) bajo otras circunstancias en las que lo permita la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability, HIPAA) de 1996. Esto incluye compartir su información de salud con su cónyuge, familiares, amigos, etc. Este formulario le permite autorizar a CHC para que use o divulgue su información de salud a las personas que usted especifique.

- Autorizo que CHC divulgue información de salud según se indicó anteriormente.
- Comprendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización después de haberla firmado, así como examinar u obtener copias de la información de salud que he autorizado para su uso o divulgación mediante la presente autorización.
- Comprendo que, de conformidad con la ley federal, CHC tiene 30 días a partir de la fecha de esta solicitud para entregar mi expediente médico.
- Comprendo que la información divulgada a un tercero puede estar sujeta a que el receptor la divulgue posteriormente, en cuyo caso ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito y proporcionársela a mi proveedor de atención médica de CHC o enviándola a CHC Privacy Officer, P.O. Box 1625, Page, AZ 86040. Mi aviso de revocación no se aplica a las acciones que CHC tome con base en esta autorización antes de la fecha en que reciba mi solicitud por escrito respecto a revocar esta autorización.
- He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de esta autorización.
- CHC no compartirá ni utilizará mi información de salud sin mi permiso más que en las formas enumeradas en el Aviso de prácticas de privacidad o según lo exija la ley. El Aviso de prácticas de privacidad de CHC está disponible previa solicitud.
- Eximo a CHC, sus empleados, agentes y socios comerciales de cualquier responsabilidad u obligación legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente documento.
- Al firmar esta autorización, confirmo que esta refleja mis deseos con precisión.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del representante legal _____ Fecha _____

Relación con el paciente _____

Nombre del representante de CHC (EN LETRA DE IMPRENTA) _____ Fecha _____

PARA USO INTERNO DE CHC ÚNICAMENTE			
Enlace de la HIPAA	Registro de la PHI (divulgada)	Registros divulgados por CHC	Enviar a Verisma para fines de ☐ Divulgación de registros ☐ Escanearlo y agregarlo a la historia clínica únicamente
Fecha de ingreso: Iniciales:	Fecha en que se completó: Iniciales:	Fecha: Iniciales:	Fecha: Iniciales: