



Paciente: Autorización de revelación de información médica protegida (PHI) Comunicado sobre la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA)

Se usa este formulario para que un paciente (o su representante personal) autorice/instruya que su información médica protegida (Personal Health Information, PHI) anotada se entregue a una persona/entidad designada. Concentra.com tiene la información de contacto de los centros activos, para el envío de formularios completados. Comuníquese con la Oficina de Privacidad, en caso de que haya visitado un centro cerrado.

Autorizo a Concentra® a que use y revele información médica protegida (PHI) de los expedientes de:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Objeto de la revelación: _____

Centro visitado: _____

Anote también, si corresponde: Lugar cerrado En el lugar Atención médica a distancia

Expedientes a revelar relacionados con estas fechas de servicio: _____

Expediente médico completo Resultados de laboratorio Órdenes de médicos Recetas Factura pormenorizada Radiografías

Otro: _____

Confirmación de quién puede recibir copias de los expedientes del paciente

Nombre de la entidad/persona: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fax: _____ Teléfono para confirmaciones: _____ Correo electrónico: _____

Método de entrega preferido

Correo postal Llamada a un número para recogerlo Fax Correo electrónico seguro

[Marque con una X aquí _____ si prefiere correo electrónico sin cifrar, a pesar del riesgo.]

Otro método electrónico (USB, CD, otro), especifique: _____

En relación con esta autorización

La información cuya revelación está autorizada puede incluir expedientes que pueden indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o venérea, tal como hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), conocido también como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), entre otras enfermedades. **Para autorizar la revelación de cualquier parte de esta información delicada, escriba sus iniciales en las líneas correspondientes abajo:**

Tratamiento/remisión por abuso de alcohol/drogas Prueba o tratamiento relacionado con el VIH/SIDA

Enfermedades de transmisión sexual Salud mental (distinto a notas de psicoterapia)

Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información indicada arriba no es un proveedor de atención médica ni un plan médico cubierto por las normativas federales de privacidad, la información descrita arriba puede volverse a revelar por esa persona o entidad, y probablemente ya no esté protegida por las normativas federales de privacidad.

Entiendo que mediante una solicitud por escrito al Centro donde me prestaron atención médica puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo hasta donde Concentra® ya haya tomado acciones.

Entiendo que Concentra no puede denegarme tratamiento si no completo este formulario de autorización, pero puede denegarme servicios cuando estos son solo para crear información médica protegida (PHI) para revelarla a un tercero.

Entiendo que esta autorización expira un año a partir de la fecha de ejecución, a menos que sea revocada por escrito, o que una fecha de vencimiento más corta sea requerida por la ley estatal aplicable.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del paciente/fecha: _____ O Firma del representante del paciente/fecha: _____

Nombre del representante del paciente, en letra de molde: _____

Explicación del derecho legal a firmar por el paciente _____

Para asuntos de la HIPAA relacionados con este formulario, comuníquese con la Oficina de Privacidad de Concentra al 1-800-819-5571.

Concentra reconoce los derechos de un paciente según la HIPAA para tener acceso a copias de su información médica. Es posible que haya cargos asociados con el procesamiento de una solicitud y la generación de los expedientes solicitados.