



Paciente: Acceso y autorización para divulgar información protegida de salud (PHI) conforme a la publicación de la HIPAA

Autorizo a Concentra a utilizar y divulgar la información protegida de salud (PHI) de los registros de:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

CENTRO VISITADO

Registros a divulgar relacionados con las siguientes fechas de servicio _____

- Expediente médico completo
- Resultados de laboratorio
- Órdenes del médico
- Recetas médicas
- Factura detallada
- Rayos X
- Otro: _____

CONFIRMACIÓN DE QUIÉN PUEDE RECIBIR COPIAS DE SUS REGISTROS

Nombre de la persona/entidad: _____

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

Número de fax: _____ Número de teléfono de confirmación: _____ Correo electrónico: _____

POR: Correo Llamar por tel. para ir a retirarlos Fax Correo electrónico

RELACIONADO CON ESTA AUTORIZACIÓN

- La información autorizada para divulgación puede incluir registros que podrían indicar la presencia de una enfermedad transmisible o venérea, que puede incluir, sin limitarse a, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de inmunodeficiencia humana, también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Para autorizar la divulgación de **cualquier información confidencial**, escriba sus iniciales en las líneas correspondientes a continuación:
 - ___ Tratamiento/remisión por abuso de alcohol/drogas
 - ___ Enfermedades de transmisión sexual
 - ___ Prueba y/tratamiento relacionado con el VIH/SIDA
 - ___ Salud mental (diferente a las notas de psicoterapia)
- Entiendo que, si la persona o entidad que recibe la información anterior no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, dicha persona o entidad puede volver a divulgar la información descrita anteriormente y esta ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto hasta donde Concentra ya haya implementado esa medida, al proporcionar una solicitud por escrito al Centro, donde recibí atención médica.
- Entiendo que Concentra no puede negarme el tratamiento si no completo este formulario de autorización, pero puede denegarme los servicios cuando estos solo sirven para generar PHI y compartirla con un tercero.
- Comprendo que esta autorización vence en un año a partir de la fecha de autorización, a menos que se revoque o se especifique una menor duración aquí _____. Adicionalmente, la Ley estatal que aplica puede especificar una menor duración.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del paciente/Fecha: _____ o Firma del representante del paciente/Fecha: _____

Nombre en letra de molde del representante del paciente

Explicación de su derecho legal a firmar por el paciente

Para hacer preguntas de la HIPAA relacionadas con este formulario, comuníquese con la Oficina de privacidad llamando al 1-800-819-5571.

El centro completará lo siguiente y enviará una copia de los registros por correo electrónico a

PrivacyOffice@Concentra.com o por fax al 214.775.4408: Fecha en que se recibió la solicitud: _____

Fecha en que se envió a la Oficina de privacidad: _____ Aprobada Denegada (motivo) _____