



ANEXO B
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR O SOLICITAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
410-837-5533 | Fax: 410-244-8598

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del cliente (nombre y apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono del cliente: _____

Autorizo lo siguiente: _____ **Para revelar a:** _____

Esta información debe limitarse a lo siguiente: Fechas de servicio: _____

- | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Historial clínico y examen físico | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio/Radiografías/Consultas |
| <input type="checkbox"/> Nota de evolución médica | <input type="checkbox"/> Registros de salud mental, incluidas las notas de psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Notas de enfermería | <input type="checkbox"/> Registros de adicciones |
| <input type="checkbox"/> Hoja de medicación | <input type="checkbox"/> Registros de servicios sociales |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____ | |

La información designada anteriormente pretende incluir la información recibida de un tercero siempre que este no haya prohibido una nueva revelación.

Objetivo de la solicitud: A petición de la persona
 Legal
 Compartir con otros proveedores de servicios de salud según sea necesario
 Otros (especifique a continuación)

PARTE B - CATEGORÍAS ESPECIALES DE INFORMACIÓN DE SALUD: (marque con un círculo la respuesta correcta y ponga sus iniciales si corresponde)

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| AUTORIZO / NO AUTORIZO | a revelar información relativa a los servicios psiquiátricos, de abuso de drogas/o alcohol, o enfermedades de transmisión sexual. | Iniciales: _____ |
| AUTORIZO / NO AUTORIZO | a revelar información relacionada con pruebas, diagnósticos o tratamientos de VIH/SIDA. | Iniciales: _____ |
| AUTORIZO / NO AUTORIZO | a revelar información relativa a registros de salud mental incluidas las notas de psicoterapia | Iniciales: _____ |

Entiendo que mis expedientes de trastorno por consumo de sustancias están protegidos por la ley federal, incluida la normativa federal que rige la confidencialidad de los expedientes de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), partes 160 y 164 de 45 C.F.R., y no pueden revelarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que la normativa disponga lo contrario. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan llevado a cabo acciones en virtud de ella. **A menos que revoque mi consentimiento antes, este consentimiento vencerá automáticamente un (1) año después de la fecha escrita en la línea de firma.**

Entiendo lo siguiente:

- Esta solicitud se tramitará en un plazo de 30 días.
- No es necesario que firme este formulario para garantizar el tratamiento médico ni el pago.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.
- Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito a la atención del Departamento de Registros Médicos del HCH.
- Mi derecho de revocación no se extiende a la información que ya se haya revelado en virtud de esta autorización.
- Entiendo que si mi expediente médico no contiene ninguna información relacionada con la salud mental o el tratamiento por consumo de sustancias, una vez que esta se revele, el receptor podría revelar mi información médica posteriormente y ya no estar sujeta a las protecciones de la HIPAA.
- Esta autorización vencerá en un (1) año, a menos que se revoque o se especifique otra fecha.

Firma (Cliente)

Fecha

Firma del padre o tutor
(Niños menores de 18 años)

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el cliente