



CENTRO SHEPHERD
MANEJO DE LA INFORMACION DE SALUD
 2020 Peachtree Road, NW
 Atlanta, Georgia 30309
 Teléfono: (404) 350-7493

Nombre del Paciente: _____

Número de Seguro Social : _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Record Médico: _____

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Yo _____ autorizo: _____

a usar o divulgar (una copia) mi información de salud como se describe a continuación:

- Para los siguientes propósitos Cuidado Continuo y Tratamiento Queja ante la Compañía de Seguros
 Asunto Legal Uso Personal
 Otro, describa _____

Al firmar con las iniciales del nombre en los siguientes espacios, yo autorizo el uso y divulgación de la información de salud y/o registros médicos, si tal información y/o registros médicos existen:

___ Resumen de la Historia Clínica de Salida/ Notas ___ Examen Físico /Historia ___ Reportes de Consulta

___ Notas de Progreso del Paciente ___ Ordenes Médicas ___ Notas o Escritos de la Enfermera

___ Reportes de Laboratorio ___ Reportes Radiológicos

___ Notas de Terapia, describa _____

___ Reportes de Cuentas ___ Reportes Médicos Completos incluyendo las notas de las Enfermeras

___ Reportes Médicos Completos excluyendo las notas de las Enfermeras

___ Otros: _____

Especifique período de tiempo para el cual aplica esta autorización: _____

SI ESTA AUTORIZACIÓN ES PARA EL USO O DIVULGACION DE LA INFORMACIÓN DE SICOTERAPIA, ENTONCES NO PUEDE COMBINARSE CON CUALQUIER OTRA AUTORIZACIÓN.

___ Notas de Progreso de Sicoterapia ___ Ordenes Médicas de Sicoterapia ___ Evaluación Sicoterapéutica

___ Otros (describa) _____

Especifique período de tiempo para el cual aplica esta autorización: _____

Otro Tipo de Información de Salud Para Uso o Divulgación

Yo entiendo que para la divulgación de cierto tipo de información, se debe cumplir con las leyes estatales o federales y por lo tanto se requiere una autorización por escrito como la siguiente (por favor inicialice con las letras de su nombre para verificar el uso o la divulgación de dicha información)

Información relacionada con el VIH / SIDA

Información o registros de la información relacionada con pruebas genéticas

Información y/o registros de salud Mental

Diagnóstico de Drogas o Alcohol, tratamiento o información para la recomendación del mismo

Las Leyes Federales requieren una descripción de cuanta y de qué tipo de información será divulgada. Describa la información que se va a usar o va a ser divulgada:

Reportes Médicos Notas de Progreso del Paciente Ordenes Médicas Pruebas de Laboratorio u otro tipo

Otras (describa) _____

Especifique período de tiempo para el cual aplica esta autorización: _____

Yo entiendo que si la persona o entidad que reciben la información no son un proveedor de de salud o un plan de seguro médico cubiertos por las leyes de privacidad federales; entonces la información descrita anteriormente y en el reverso de la página puede ser divulgada nuevamente y ya no podrá ser protegida por dichas leyes de privacidad. Se le puede prohibir al destinatario de la información divulgar cualquier tipo de información sobre el abuso de sustancias ilegales o drogas bajo las leyes y regulaciones federales de privacidad en cuanto al abuso de sustancias ilegales o drogas.

Yo entiendo que la persona a la cual yo estoy autorizando a usar o divulgar la información puede recibir una compensación por hacer uso de ella. Además, yo entiendo que yo puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi habilidad de obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para obtener beneficios. Yo puedo inspeccionar o puedo copiar cualquier información a usar o ser divulgada bajo lo estipulado en esta autorización.

Por ultimo, yo entiendo que yo puedo revocar en cualquier momento y por escrito esta autorización, excepto el caso de que ya se haya ejecutado una acción, es decir que ya haya sido usada divulgada dentro de los parámetros de esta autorización. A menos que esta autorización sea revocada antes del período fijado, dicha autorización vencerá ciento ochenta (180) días desde la fecha en que se firme o hasta _____.

Firma del paciente o de su representante legal

Fecha

Escriba en letra legible el nombre del paciente

Escriba en letra legible el nombre del Representante Legal del paciente y su relación con el mismo en caso de que aplique

Relación con el paciente

El paciente es incapaz de firmar la autorización pero da la aprobación verbal para el uso o la divulgación de la información de salud como se describe en esta autorización.

Razón por la cual, el paciente es incapaz de firmar la autorización: _____

Firma del Testigo

Fecha

Escriba en letra legible el nombre del testigo