

AUTORIZACIÓN PARA USO / REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Favor leer todo el documento antes de firmar: Esta autorización da permiso para usar o revelar información de salud relacionado con el paciente.

Nombre del paciente: _____

Número de cuenta: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

1. Center for Interventional Pain & Spine está autorizado a revelar la información de salud de la persona mencionada anteriormente, como se describe en esta autorización.

2. Center for Interventional Pain & Spine puede discutir y/o divulgar información de salud protegida con las siguientes personas (Usuario/Destinatario):

3. Nombre _____ Teléfono: _____

Nombre _____ Teléfono: _____

¿Podemos dejar mensajes telefónicos en el número de teléfono proporcionado? ____ si ____ no

4. La siguiente información de salud puede discutirse y/o divulgarse mediante esta autorización a las personas mencionadas anteriormente:

Récord médico completo

Información de la cita, incluido el motivo de la cita y los horarios.

Resultados de pruebas de diagnóstico y otra información relacionada con su salud.

Excepciones (Favor enumerar): _____

Las notas de psicoterapia no estarán cubiertas a menos que estén específicamente cubiertas en una autorización separada. Tenga en cuenta que otra información de salud mental y de comportamiento incluida en cualquier categoría marcada estará cubierta por esta autorización a menos que se excluya a continuación.

5. La siguiente información está especialmente protegida por las leyes estatales y/o federales. Indique a continuación si desea que se divulgue la siguiente información

			Iniciales	
Registros de abuso de sustancias (drogas o alcohol)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	_____
Registros de salud mental protegidos por la Ley de Procedimientos de Salud Mental	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	_____
Información relacionada con el VIH/SIDA	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	_____
Información sobre salud reproductiva	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	_____

6. Especifique cualquier otra restricción sobre la información cubierta: _____

Solicito el uso o divulgación de la información de salud cubierta para el siguiente propósito:

Uso personal

Tratamiento médico adicional

Elegibilidad o beneficios del seguro

Escuela

Investigación o acción legal

Otra (Favor especificar) _____

7. Entiendo que tengo los siguientes derechos:

- **Derecho a no firmar.** Puede negarse a firmar esta autorización. Negarse a firmar no afectará su capacidad de obtener tratamiento por parte de Center for Interventional Pain & Spine, excepto cuando los servicios de salud sean únicamente para el propósito de informar a un tercero. Un ejemplo es un examen físico previo al empleo.
- **Derecho a revocar.** Puede revocar esta autorización en cualquier momento. Su revocación no se aplicará a ninguna acción que ya hayamos tomado en base a esta autorización. Para revocar esta autorización, debe enviar una revocación por escrito a nuestro oficial de privacidad a la siguiente dirección:

The Center for Interventional Pain & Spine
Atencion a: Jennifer Colonna SA-C, CHCO /Oficial de Privacidad/Seguridad
291 Carter Dr. Suite, B Middletown, DE 19709

- **Re-divulgación.** Entiendo que una vez que la información de salud cubierta haya sido divulgada, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad y que el destinatario pueda volver a divulgarla.

8. **Vencimiento.** Esta autorización vence a partir de la siguiente fecha o evento _____

He leído y entiendo esta autorización y autorizo el uso o divulgación de la información de salud cubierta como se describe en esta autorización.

Firma del paciente (o representante personal/sustituto)

Fecha

Información del representante personal/sustituto (según corresponda):

Nombre del representante personal

Relación al paciente