

HIPAA FORMULARIO B



SOLICITUD DE DIVULGACIÓN, COPIADO O INSPECCIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (REQUEST TO RELEASE, COPY, OR INSPECT PROTECTED HEALTH INFORMATION)

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Domicilio del Paciente: _____ **Planilla No.:** _____
Calle _____
Teléfono No.: _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____

Para Divulgar o Copiar Registros: Al firmar la presente, autorizo a la parte que aparece a continuación a utilizar y/o divulgar cierta información médica protegida (PHI, por su sigla en inglés) acerca de mi persona / mi hijo.

La presente autorización permite:

_____ **el uso o la divulgación a:** _____
Nombre del Proveedor **recibir desde:** _____ Proveedor Nuevo, Especialista o Persona que recibe la copia
Domicilio - Calle _____ Domicilio - Calle _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____
Teléfono No. _____ Teléfono No. _____

Información para Divulgar / Copiar: () La historia clínica pertinente, incluidas inmunizaciones y pruebas de laboratorio

() Hojas diarias – Fechas: _____ () Inf. del Lab. - Fechas: _____

() Otra: _____

Información Excluida / No Divulgar: () Registros de Salud Mental () Tratamiento p/ Drogas/ Alcohol ()

Test de VIH () Registros de Acoso Sexua/Victimización () Otra: _____

*** **ASEGÚRESE DE ANALIZAR LAS RESTRICCIONES ANTES DE COPIAR/DIVULGAR LA INFORMACIÓN *****

Motivo para Divulgar o Copiar Registros: () Copia personal <ver más abajo /se aplican cargos>

() Mayor de 21 años () Cambio de seguro () Mudanza / Cambio de proveedores () Referido a Especialista

() Disconforme con la Práctica (Indique por qué) _____

() Otro: _____

Para Inspección del Paciente o Tutor / Solicitudes de Copias: () Marque aquí

Entiendo y estoy de acuerdo en que soy financieramente responsable de los siguientes cargos en relación con mi solicitud: cargos por copiado, incluido el costo de los suministros y la mano de obra y los gastos de correo en relación con la provisión de mi información. Entiendo que el cargo por este servicio es de: **US\$1.00 por página para las primeras 25 páginas; después, de US\$ 0.25 por cada página posterior. Existirá un cargo adicional de \$25 para obtener documentos medicos que hayan sido almacenados fuera del consultorio.**

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha*

*Los pedidos de inspección son válidos sólo en la fecha de la firma.

*Las solicitudes de Divulgación /Copiado vencen a los 30 días de la fecha de la firma.

*Permitanos hasta 30 días para procesar.

Aclaración del Nombre del Paciente o Tutor Legal

*Prohibición de Volver a Divulgar: Esta información le ha sido divulgada de registros cuya confidencialidad está protegida por ley. Toda divulgación posterior queda estrictamente prohibida, a menos que el paciente tutor la autorice específicamente por escrito. Estos registros pueden estar protegidos por reglamentación federal (42 CFR, Parte 2). **Para hacer públicos registros y/o copias:** Al firmar esta autorización, autorizo a la persona citada a continuación a usar y/o revelar cierta información protegida sobre la salud (PHI por su sigla en inglés) de mi hijo o la mía. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, enviándola al domicilio citado más abajo siempre que la información no haya sido dada a conocer.*

FOR INTERNAL PURPOSES ONLY: Name & Title of Person Releasing Records _____

Method of Transfer: Mailed on (date) _____ **Certified?** (certification #) _____

Faxed to (number) _____ on (date) _____

Picked up by (name) _____ on (date) _____

Verification of Identification Performed? YES NO **Form of Identification:** _____