

Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI)

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) Número de teléfono

ENVIAR A:

Henry M. Goldman School of Dental Medicine
Dental Treatment Centers
635 Albany Street
Boston, MA 02118

Teléfono: 617-358-8300

Correo electrónico seguro: bookings@bu.edu

PROPÓSITO

A un proveedor de atención médica para que me brinde tratamiento

EXPEDIENTES QUE SE DIVULGARÁN (MARQUE UNA OPCIÓN)

Expedientes recientes, entre ellos, expediente de ingreso, de traslado, de evaluación de medicamentos, de finalización, de informe de pruebas, últimas notas sobre terapia y medicamentos

Todos los expedientes

Expedientes comprendidos en estas fechas

Solicito que el proveedor que me atiende le envíe un resumen de mi tratamiento al destinatario.

Otro. Especificar:

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Si su expediente médico contiene los siguientes tipos de expedientes, se los divulgará solo si usted coloca sus iniciales junto a cada opción:

Información sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), incluidos, entre otros, los resultados de la prueba y el hecho de que se realizó la prueba correspondiente.

Iniciales

Información sobre pruebas genéticas, incluidos los resultados.

Iniciales

Información sobre enfermedades de transmisión sexual

Iniciales

ENTREGA DE EXPEDIENTES (MARQUE UNA OPCIÓN)

Copia impresa que se enviará al destinatario por: Correo Fax

Correo electrónico cifrado seguro

Otro medio. Especificar:

FIRMA

Entiendo lo siguiente:

1. Esta autorización es voluntaria. Comprendo que el tratamiento que me proporcione este proveedor de atención médica no depende de que yo firme esta autorización. Si no lo hago, no se divulgarán mis expedientes según se indica en esta autorización.
2. Esta autorización vencerá el: **fecha de vencimiento** o 6 meses después de la fecha de mi firma, lo que ocurra primero.
3. Tras firmar, podré revocar esta autorización en cualquier momento, por medio de un aviso de revocación por escrito, el cual deberá estar dirigido al personal administrativo de Danielsen Institute. Sin embargo, dicha revocación no afectará las divulgaciones realizadas de conformidad con esta autorización antes de haber recibido la revocación por escrito.
4. La información que se utilice o divulgue según esta autorización podrá ser divulgada nuevamente por el destinatario y posiblemente ya no esté protegida por las normas de privacidad federales ni por otras leyes estatales o federales vigentes.

Firma del individuo o del representante legal autorizado

Fecha

Si firma el representante legal autorizado, indicar relación con el paciente

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Fecha de recepción Recibida por (nombre, puesto) de la autorización

Número de expediente médico del paciente/cliente

Marque todas las opciones que correspondan:

Los documentos fueron recogidos personalmente por el paciente o por un familiar o amigo de este, conocido por mí.

Si los expedientes fueron recogidos personalmente por otra persona que no sea el paciente, verifique la identidad con una identificación con fotografía:

Licencia de conducir Identificación estatal Pasaporte Otra identificación:

Si los expedientes se envían por correo postal, verifique el nombre y la dirección del destinatario.

Si se los envía por correo electrónico, verifique la dirección de correo electrónico correspondiente. Use el correo electrónico cifrado a menos que el paciente haya autorizado por escrito el uso de un correo electrónico no seguro.

Si la autorización está firmada por el representante legal autorizado del paciente, verifique la copia de la citación judicial u otra documentación en la que conste la autoridad del representante.

Si tiene preguntas, comuníquese con un representante del Departamento Jurídico o con el funcionario de privacidad en virtud de la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud).

Autorización original:

Conservar en el expediente del individuo

Realizar copia para adjuntar a la divulgación

Nombre de la persona que cumple la petición

Fecha de realización