

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Belgrade Regional Health
 4 Clement Way
 Belgrade, ME 04917-4370
 Fax: 207-495-3353

Bethel Family Health Center
 32 Railroad St | PO Box 1367
 Bethel, ME 04217-1367
 Fax: 207-824-0012

Bingham Area Health & Dental Center
 237 Main St | PO Box 746
 Bingham, ME 04920-0746
 Health Fax: 207-572-3641
 Dental Fax: 207-672-4829

Bulldog Health Center
 Lawrence High School
 9 School St
 Fairfield, ME 04920-0746
 Fax: 207-861-9625

Lovejoy Health Center
 7 School St, Suite 1
 Albion, ME 04910-6501
 Fax: 207-861-9624

Madison Area Health Center
 8 South Main St
 Madison, ME 04950-4501
 Fax: 207-696-3974

Mt. Abram Regional Health Center
 25 Depot St
 Kingfield, ME 04947-4208
 Fax: 207-265-5004

Rangeley Family Medicine
 42 Dallas Hill Rd | PO Box 569
 Rangeley, ME 04970-0569
 Fax: 207-864-2969

Richmond Area Health
 24 Gardiner St
 Richmond, ME 04357-1336
 Fax: 207-737-4412

Sheepscot Valley Health Center
 47 Main St | PO Box 207
 Coopers Mills, ME 04341
 Fax: 207-549-3439

Strong Area Health & Dental Center
 177 North Main St
 Strong, ME 04983-3005
 Health Fax: 207-684-3368
 Dental Fax: 207-684-3049

Western Maine Family Health
 16 Depot St, Suite 300
 Livermore Falls, ME 04254-1311
 Fax: 207-897-2321

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre que se usó cuando se recibió el tratamiento (si es diferente del anterior): _____

Use este formulario para autorizar que HealthReach Community Health Centers (HRCHC) comparta sus registros médicos e información que contenga información de salud protegida con la entidad o la persona indicadas a continuación, o los reciba de estas.

Otorgo permiso a HRCHC:

- Para **PROPORCIONAR** mi información de atención médica a:
 Para **RECIBIR** mi información de atención médica de:

Nombre de la persona o la entidad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Motivo de la divulgación (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Uso personal Motivos legales Transferencia de la atención Otro: _____

Identifique qué información y registros médicos deben incluirse en la información de salud protegida:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Notas de visitas al consultorio | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/patología | <input type="checkbox"/> Resultados de diagnóstico por imágenes |
| <input type="checkbox"/> Documentación hospitalaria | <input type="checkbox"/> Informes de consultores | <input type="checkbox"/> Registros de salud del comportamiento de HRCHC |
| <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Registros médicos completos |
| <input type="checkbox"/> Registros odontológicos: notas y diagnóstico por imágenes | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Registros entre estas fechas: Desde:

Hasta:

* **HRCHC divulgará registros médicos físicos o digitales de los últimos 3 años, salvo que se especifiquen otras fechas anteriormente.**

**Si HRCHC divulgará sus registros, marque esta opción si quiere revisarlos antes de que se divulguen.
Programe una cita para ver los registros en nuestra oficina antes de que se divulguen.**



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si me diagnosticaron o trataron lo siguiente, entiendo que la entidad que divulga necesita mi consentimiento específico. Indique si AUTORIZA o NO AUTORIZA la divulgación de información de salud protegida para cada una de las siguientes opciones colocando sus iniciales en la casilla correspondiente.

AUTORIZO	NO AUTORIZO	Autorizo a divulgar información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) de REGISTROS DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS E INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA PARTE 2 DEL TÍTULO 42 DEL CÓDIGO DE REGULACIONES FEDERALES (CODE OF FEDERAL REGULATIONS, CFR) .
Iniciales	Iniciales	Autorizo la divulgación de PHI sobre tratamientos fuera de HRCHC para SALUD MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO . Entiendo que tengo derecho a revisar los registros médicos que contengan PHI relacionada con mi salud mental y del comportamiento, en poder de centros o agencias de salud mental con licencia, en cualquier momento razonable antes de decidir autorizar la divulgación en este formulario.
AUTORIZO	NO AUTORIZO	Autorizo la divulgación de INFORMACIÓN DE VIH/SIDA, INCLUIDOS resultados de pruebas. Entiendo que hay posibles riesgos asociados con la divulgación de información de VIH/SIDA, incluidos, entre otros, discriminación y cambios en los vínculos familiares y sociales.
Iniciales	Iniciales	

Entiendo lo siguiente:

- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento completando un formulario de revocación disponible en uno de los centros de salud, sujeto al derecho de cualquier persona que haya actuado de conformidad con esta autorización antes de recibir aviso de que se revocó.
- Puedo negarme a divulgar la totalidad o parte de mis registros. Pero, si lo hago, podría dar lugar a un diagnóstico o tratamiento inapropiado, la denegación de cobertura o una reclamación de beneficios médicos u otro seguro, u otras consecuencias adversas. Los registros parciales o incompletos se etiquetarán como tales para informar el estado al proveedor que los reciba. El centro de salud no retendrá el tratamiento si otorgo este formulario de permiso o retiro mi consentimiento para divulgar información de salud protegida, excepto según lo permitido por la legislación.
- Tengo derecho a una copia de este formulario de autorización.
- Existe la posibilidad de que la información divulgada en virtud de esta autorización vuelva a ser divulgada por personas o entidades que la reciban y que, como resultado, la información ya no esté protegida.
- Permiso que HRCHC use este formulario para hacer divulgaciones adicionales de la información permitida por este formulario.

Este formulario **vencerá en un año** a partir de la fecha en que se firma, a menos que revoque mi permiso con anterioridad o proporcione una fecha de vencimiento anterior. Si desea proporcionar una fecha de vencimiento, infórmeselo a su centro de salud.

Yo, quien suscribe, por el presente autorizo a la entidad que divulga y a los empleados o agentes designados a revelar, obtener o analizar información médica de mis registros de salud.

Firma del paciente/representante autorizado

Fecha

Facultad legal

* Describa su facultad legal para actuar en nombre del paciente (p. ej., tutor, apoderado). Es posible que le solicitemos presentar documentación que respalde dicha facultad.

Nombre en letra imprenta: _____ N.º de teléfono: _____

*** La firma de un representante autorizado certifica ante la entidad que divulga que esa persona tiene la facultad legal indicada para autorizar la divulgación de la información y los registros del paciente en nombre de él.

Si esta autorización permite la divulgación de información sobre programas de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias, protegida por la parte 2 del título 42 del CFR:

Aviso para el destinatario de la prohibición de una nueva divulgación: Esta información le fue revelada a partir de registros protegidos por las normas de confidencialidad federales (parte 2 del título 42 del CFR). En virtud de estas normas, se prohíbe que divulgue o use este registro, o el testimonio que describe la información que contiene este registro, en procesos civiles, criminales, administrativos o legislativos de una autoridad local, estatal o federal contra el paciente, a menos que así se autorice en el consentimiento del paciente, excepto según lo estipulado en la parte 2.12(c)(5) del título 42 del CFR o según lo autorice una corte de acuerdo con las partes 2.64 o 2.65 del título 42 del CFR. Además, las normas federales le prohíben hacer otro uso o divulgar de alguna otra forma este registro, excepto si se cumple al menos una de las siguientes condiciones: (i) el uso o la divulgación adicionales están permitidos expresamente en un consentimiento por escrito firmado por la persona cuya información se divulgará en este registro o según lo permitido en la parte 2 del título 42 del CFR; (ii) usted es una entidad o un socio comercial cubierto y ha recibido el registro para tratamiento, pago u operaciones de atención médica; o (iii) usted ha recibido el registro de una entidad o socio comercial cubierto según lo permitido en las subpartes A y E de la parte 164 del título 45 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para cumplir con los elementos obligatorios del consentimiento por escrito para hacer otro uso o volver a divulgar el registro (vea la parte 2.31 del título 42 del CFR).