CONE HEALTH

PETICIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA USO / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Últimos 4 dígitos del SSN: XXX-XX-|___|___|___|___| **No. de teléfono:** _____

Dirección: _____

3. Yo, autorizo a Cone Health o a _____ **a divulgar la siguiente información a:**

Nombre:_____ Teléfono: _____ Fax:_____

Dirección:_____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

4. Propósito de la divulgación:

- ☐ Solicitud del paciente
- ☐ Para continuar la atención
- ☐ Legal
- ☐ Otros (especifique) _____

6. Solicitud de registros de los siguientes sitios de Cone Health:

- ☐ The Moses H. Cone Memorial Hospital
- ☐ Alamance Regional Medical Center
- ☐ Alamance Regional Cancer Center
- ☐ Annie Penn Hospital
- ☐ Annie Penn Cancer Center
- ☐ Otro: _____
- ☐ Behavioral Health Hospital
- ☐ Cone Health Cancer Center
- ☐ MedCenter High Point
- ☐ Wesley Long Hospital
- ☐ Hospital para mujeres

7. Fechas de servicio solicitadas: de:_____/_____/_____ a: _____/_____/_____

8. Información a divulgar:

- ☐ Fechas de servicio
- ☐ Resumen del alta
- ☐ Historial y examen físico
- ☐ Informes de consultas
- ☐ Nota operativa
- ☐ Notas de progreso
- ☐ Resultados de laboratorio
- ☐ Informes de radiografías
- ☐ Visitas a emergencia _____
- ☐ Otros especifique) _____

Salud conductual específicamente:

- ☐ Historial sicosocial
- ☐ Evaluación de admisión siquiátrica
- ☐ Notas de la terapia
- ☐ Comunicación de doble vía
- ☐ Resumen después de la visita (AVS)
- ☐ Evaluación de riesgos de suicido en el alta
- ☐ Carta (especifique el tipo)_____
- ☐ Otros especifique)_____

DERECHOS DE LOS PACIENTES Y FIRMA

1. Por este medio autorizo el uso y divulgación de mi información de identificación personal de salud como se indica arriba. Esto incluye información relacionada con salud mental, abuso de drogas o alcohol y diagnóstico de VIH/SIDA.
2. Expediente de abuso de sustancias: comprendo que mi expediente de tratamiento de alcohol y drogas está protegido según las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los expedientes de pacientes de abuso de alcohol y drogas, 42 C.F.R., Parte 2, y estos no pueden divulgarse sin mi consentimiento escrito a menos que las regulaciones indiquen lo contrario.
3. Comprendo que esta autorización es voluntaria. La información divulgada no puede ser divulgada por el receptor sin mi autorización, excepto con propósitos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y según lo requiera la ley. Comprendo que si la organización autorizada para recibir información no es un plan de salud ni un proveedor de atención médica, la información divulgada podría ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad federales o estatales.
4. Comprendo que esta autorización expirará 90 días después de la fecha en que se firma, a menos que se haya indicado otra fecha:_____.
5. Comprendo que tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación escrita a Cone Health. Comprendo que la revocación no aplicará para la información que ya ha sido divulgada según esta autorización.
6. Comprendo que Cone Health no puede forzarme a firmar esta autorización como condición para que reciba tratamiento de Cone Health excepto: (i) si Cone Health me proporciona tratamiento relacionado con una investigación; o (ii) si Cone Health me da solo atención médica con el fin de crear información protegida de salud para divulgársela a alguien más.
7. Entiendo que, si solicito que mis expedientes médicos se manden por correo electrónico o por fax, esto no se considera un sitio seguro y mi información de salud podría ser vista por alguien aparte de mí.
8. Comprendo que podría haber un cargo asociado con los servicios de divulgación de información prestados.

_____ _____

Firma del paciente Fecha

_____ _____

Firma de: ☐ Padre o madre ☐ Tutor ☐ Representante autorizado *(adjunte una copia de los documentos legales)* Fecha

OFFICE USE ONLY

_____	_____	_____
Driver's License #	HIM Staff Signature	Date