



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
Número de teléfono: (____) _____

A. Escriba de dónde y a dónde se enviará la información médica protegida:

De este centro:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____

Número de teléfono: _____

PROPÓSITO: (marque la casilla apropiada)

- Personal Legal Seguro
 Continuidad de la atención médica
 Otro _____

A el siguiente destinatario:

- Directamente al paciente.
 A un representante personal legalmente autorizado, en la siguiente dirección
 A tercero, en la siguiente dirección

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

B. Otorgo mi permiso para proporcionar la siguiente información médica protegida:

De las fechas de tratamiento (desde el): _____ (hasta el): _____
Indique "Toda" si es el caso.

La historia clínica puede contener información acerca de enfermedades físicas y mentales, dependencia a las drogas o el alcohol, VIH / sida u otras enfermedades de transmisión sexual, o información genética. Quizá no sea factible excluir dicha información, dependiendo del alcance de la solicitud. Si con esta autorización usted no consiente a que se proporcione dicha información, por favor hable con el personal del centro para ver si es factible excluir dicha información y, de ser así, modifique el alcance de su solicitud.

Historia clínica de las fechas de tratamiento arriba indicadas (marque una opción)

- Historia clínica completa
- Información de salud protegida específica (especifique): _____

- Solo para uso de FKC: Informe de transición de cuidados** (resumen que incluye medicamentos actuales, alergias, información sobre tratamientos de diálisis recientes, lista de problemas, valores de laboratorio recientes e información del acceso vascular)
- Registro de facturación de las fechas de tratamiento arriba indicadas



Método de entrega preferente (si es factible):

- Recoger en persona
- Por correo con rastreo (papel o medios cifrados)
- Correo electrónico (escriba la dirección): _____

Presentación (si es factible):

- Papel
- Electrónica
- Fax: (____) _____

Los pacientes pueden decidir que su historia clínica y registros de facturación se entreguen por correo electrónico. Dicha información podría no estar segura y puede ser leída por un tercero, dependiendo de los ajustes de seguridad del destinatario.

Fecha de vencimiento:

Esta autorización expirará un (1) año a partir de la fecha de firma, a menos que se especifique otra fecha o evento en este documento (por ejemplo, "hasta que el paciente deje de recibir tratamiento con FMCNA"): _____

C. ENTIENDO Y ACEPTO QUE:

Puedo negarme a firmar o revocar esta autorización en cualquier momento y por cualquier motivo. Hacerlo no afectará mi tratamiento con FMCNA. Si me niego a firmar esta autorización, mis proveedores de servicios de salud pueden seguir usando y divulgando mi información para fines de tratamiento y pago y para otros fines, en la medida que lo permitan las leyes federales y estatales.

Mi autorización firmada seguirá en vigor hasta su vencimiento o hasta que yo (o mi representante personal legalmente autorizado) entregue un aviso por escrito a FMCNA en el sentido de que la he revocado. Puedo revocar esta autorización notificando directamente al centro o a la Oficina de Privacidad de FMCNA por teléfono (1-800-662-1237 ext. 4235), por correo electrónico (Privacy@fmc-na.com), o por correo (Attn: FMCNA Privacy Officer, 920 Winter Street, Waltham, MA 02451). La revocación entrará en vigor inmediatamente después de que el centro la reciba. excepto que la revocación no tendrá efecto alguno sobre las acciones emprendidas previamente por FMCNA de conformidad con esta autorización.

Entiendo que una vez que mi información médica protegida se haya divulgado al destinatario autorizado, la información potencialmente podría divulgarse a otros que quizá no estén obligados a cumplir con los términos de esta autorización o que no estén sujetos a las mismas leyes federales o estatales que rigen el uso y la divulgación de mi información médica.

He leído y entendido los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del paciente o del representante personal legalmente autorizado***

Fecha de firma

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente

**** Si el representante personal de un paciente incapacitado o fallecido entrega esta solicitud, debe demostrar sus facultades para acceder a la información médica protegida del paciente de conformidad con las leyes estatales. Por favor entregue dicha documentación para acelerar la solicitud.*

En el caso de pacientes incapacitados, el representante personal puede usar un poder notarial para atención médica, poder de apoderado legal u orden judicial. En el caso de pacientes fallecidos, los requisitos varían según el estado. Algunos estados exigen que la corte nombre al representante personal como albacea o administrador del patrimonio del paciente para que pueda acceder a su historia clínica. Otros estados permite que el cónyuge, un hijo adulto o el familiar más cercano del paciente fallecido obtenga la historia clínica entregando una declaración jurada de que ninguna otra persona ha sido nombrada albacea o administrador.

NÚMERO DE DOCUMENTO	VERSIÓN DEL DOCUMENTO	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR
COR-ISO-035	VER 2	11/25/2019	11/25/2019
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA			
OFICINA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN			
©2019, FRESENIUS MEDICAL CARE, TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS			