



Autorización para usar o revelar información médica protegida (PHI)

Al completar y firmar este formulario, autorizo a que se revelen mis registros como se indica abajo. Todos los registros enviados por CD y correo electrónico se enviarán de manera segura usando cifrado o un enlace seguro a menos que se pida lo contrario. Debido al riesgo de que la información pueda ser interceptada o alterada durante la transmisión, Baptist Health recomienda enfáticamente usar cifrado o un enlace seguro para transmitir expedientes del paciente a fin de promover la confidencialidad e integridad de la información del paciente, y solo enviará expedientes a través de canales no cifrados/no seguros a solicitud del paciente.

Información del paciente	Nombre completo del paciente:	Apellido anterior:	Fecha de nacimiento:
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:		Últimos 4 dígitos del SSN:
	Dirección de correo electrónico:	N.º de teléfono:	

Revelar al/Método de entrega	Autorizo a que revelen mis registros a una de estas entidades:		
	<input type="checkbox"/> A mí mismo: Pido que Baptist Health me revele mi información médica protegida usando la información que aparece arriba. Seleccione el método de entrega abajo.		
	<input type="checkbox"/> Otra persona/organización: Soy paciente, o representante legalmente autorizado del paciente que aparece arriba, y pido que Baptist Health revele mi información médica protegida a la persona/organización que aparece abajo. Complete los campos de dirección y seleccione el método de entrega abajo. (NOTA: Si el receptor designa un método de entrega alternativo, cumpliremos de la mejor manera posible).		
	<input type="checkbox"/> En papel por correo de EE. UU.		
	<input type="checkbox"/> CD por correo de EE. UU. (requiere software de cifrado)		
<input type="checkbox"/> Fax (debe ser menos de 50 páginas)			
<input type="checkbox"/> MyChart (divulgado solo a padre/madre/paciente/tutor legal)			
<input type="checkbox"/> Correo electrónico (asegúrese de que el correo electrónico esté indicado)			
Persona:	Organización:		
Dirección:	N.º de teléfono:	N.º de fax:	
Ciudad/Estado/Código postal:	Dirección de correo electrónico:		

Propósito	Propósito de revelar a otra persona/organización (no es necesario si se revela directamente al paciente):	
	<input type="checkbox"/> Continuación de la atención <input type="checkbox"/> Transferencia de la atención <input type="checkbox"/> Seguro Social/Discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Abogado/Procedimiento legal <input type="checkbox"/> Sistema de justicia penal

Información para revelar	Autorizo a que se revelen los expedientes de:	
	<input type="checkbox"/> Consultorio médico de Baptist: Nombre del proveedor (obligatorio): _____ Dirección del consultorio (obligatoria): _____	
	<input type="checkbox"/> Hospital Baptist (especifique ubicación): _____ <input type="checkbox"/> Atención médica en el domicilio	
SOLICITADO PARA LAS FECHAS DE SERVICIO: Desde _____ hasta _____ (si no se indican fechas, el período predeterminado será los últimos 12 meses)		
Elija entre estas opciones (elijá todas las que correspondan). Si no se selecciona ninguna opción, divulgaremos el Paquete 1 (consulte las descripciones en la página siguiente)		
<input type="checkbox"/> Paquete 1: Documentación clave dentro del expediente médico (excluyendo la documentación de facturación)		
<input type="checkbox"/> Paquete 2: Toda la documentación dentro del expediente médico (excluyendo la documentación de facturación)		
<input type="checkbox"/> Registros de facturación: Toda la documentación de facturación.		
<input type="checkbox"/> Otros: Especifique qué expedientes (como resultados de laboratorio, informes de rayos X, EKG, informe de patología, imágenes, etc.): _____		

Entiendo que la información médica protegida revelada puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También autorizo la divulgación de expedientes sobre mis servicios de salud conductual o mental, y sobre mi tratamiento, diagnóstico y remisión por trastorno por uso de sustancias, si esas categorías me aplican.

Revocación (cancelación) de la autorización: Puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento (a menos que el propósito de la divulgación esté marcado como sistema de justicia penal). Las revocaciones (cancelaciones) deben hacerse por escrito y enviarse al Departamento de revelación de información de Baptist Health (Baptist Health Release of Information Department) a la dirección que aparece en este formulario. Las revocaciones (cancelaciones) no se aplicarán a la información que ya se haya revelado. Si esta autorización se obtuvo como condición para dar cobertura de seguro, la autorización no se aplicará a mi compañía de seguros siempre que la ley le dé a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo según la política, o la política en sí misma. Esta autorización vencerá el _____. Si no se incluye una fecha, la autorización vencerá un año a partir de la fecha de la firma.

Las leyes federales y estatales protegen la información revelada conforme a esta Autorización. Entiendo que si el receptor autorizado de la información no es un proveedor de atención médica o un plan médico que esté cubierto por las reglamentaciones de privacidad federales, la información se puede volver a revelar y ya no estará protegida. Además, la ley estatal prohíbe a un receptor volver a revelar los resultados de las pruebas relacionadas con el VIH o el sida sin un consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece esa información. Para este fin, NO es suficiente con una autorización general para la revelación de información médica o de otro tipo.

Esta autorización es voluntaria. Entiendo que Baptist Health no basará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios en mi voluntad de firmar este documento.

EXPEDIENTES DE TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS: El 42 CFR Parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de expedientes de trastorno por uso de sustancias divulgados conforme a esta autorización. Sin embargo, si el destinatario es una entidad cubierta por HIPAA o un asociado comercial y recibe expedientes de trastorno por uso de sustancias para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, se aplican reglas especiales. En ese caso, los expedientes de trastorno por uso de sustancias (o la información contenida en ellos) podrán volver a divulgarse por el destinatario conforme a los permisos establecidos en las regulaciones de HIPAA, pero no podrán usarse ni divulgarse para procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en contra del paciente.

DIVULGACIONES AL SISTEMA DE JUSTICIA PENAL DE EXPEDIENTES DE TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS: Si se marca Sistema de justicia penal en la sección de propósito, Baptist Health divulgará información y expedientes de su diagnóstico y tratamiento por trastorno por uso de sustancias a la persona y/o organización indicada anteriormente. Esta autorización permanecerá en vigor durante la duración de su tratamiento obligatorio por trastorno por uso de sustancias y hasta la resolución final de la liberación condicional o del procedimiento penal que ordene el tratamiento. Solo podrá revocar esta autorización una vez que el procedimiento penal o la liberación condicional en relación con la cual se otorgó esta autorización haya sido resuelto definitivamente.

_____ **Firma del paciente o representante legal**

_____ **Relación con el paciente**

_____ **Fecha**

DESCRIPCIONES DE PAQUETES

- **Paquete 1:** Documentación clave dentro del expediente médico, según corresponda, incluyendo historial y examen físico, información diagnóstica, resumen de alta, notas operatorias, consultas, notas de visitas al consultorio, resultados de laboratorio, informes de pruebas y notas de la sala de emergencias para la ubicación, proveedor y fechas indicadas en el reverso. Esto no incluye documentación de facturación.
- **Paquete 2:** Toda la documentación dentro del expediente médico incluyendo el contenido del Paquete 1 junto con los demás contenidos del expediente médico, como observaciones de enfermería, hoja de curso clínico, registros de administración de medicamentos y órdenes médicas para el centro, el proveedor y las fechas que aparecen en la parte de atrás. Esto no incluye documentación de facturación.
- **Registros de facturación:** Toda la documentación de facturación.
- **Otros:** Si no quiere todos los registros incluidos en el Paquete 1 o el Paquete 2, o todos los registros de facturación, especifique qué registros deben revelarse (como resultados de análisis de laboratorio, informes de radiografías, electrocardiogramas, informes de patología, imágenes, etc.)

Consejos para solicitar copias del expediente médico
¿SABÍA USTED?

- Un representante personal puede firmar el formulario de autorización para pedir o revelar registros si tiene la autoridad legal adecuada para hacerlo. El representante personal de un menor de edad normalmente es el padre, madre o tutor legal del niño. Si el representante personal que firma el formulario de autorización no es el padre ni la madre del menor, envíe un documento de custodia legal con la solicitud. Si hay un decreto de custodia, se requiere documentación que demuestre que la persona que firma tiene la autoridad para tomar decisiones médicas por el niño que está bajo el decreto de custodia. Si firma como representante personal de un adulto mayor de 18 años, o por una persona fallecida, debe presentar el Poder notarial o la Designación de albaceas, si corresponde, con la revelación firmada. Incluya la documentación adecuada con la revelación firmada. Si tiene preguntas sobre la documentación requerida, comuníquese con nosotros para obtener más información. Tenga en cuenta que, para la divulgación de expedientes de trastorno por uso de sustancias, el paciente, incluido un paciente menor de edad, debe firmar la autorización. Pueden aplicarse excepciones limitadas si el paciente ha fallecido o se determina que es incompetente conforme a la ley federal.
- Si no especificó un método de entrega para los registros, se revelarán al sitio Baptist Health MyChart del paciente (debe tener una cuenta de Baptist Health MyChart activa). El paciente recibirá un aviso de MyChart cuando se hayan revelado los registros. Si la persona que pide los registros es el representante personal del paciente, se le debe otorgar acceso como apoderado. Si no es posible revelar en MyChart, los registros se imprimirán y se enviarán por correo postal a la dirección que aparece en el lado opuesto de este formulario, si se dio una dirección. Tenga en cuenta que las imágenes de radiología no se pueden revelar a través de MyChart. Las imágenes se pondrán en un CD y se enviarán por correo postal a la dirección que aparece del lado opuesto de este formulario, si se dio una dirección. Para obtener ayuda con su cuenta MyChart, comuníquese con la Línea de Atención al Paciente de Baptist Health MyChart al 844-764-7820.
- Baptist Health se esfuerza por dar los registros rápidamente y nosotros debemos responder los pedidos dentro de cierto período permitido por la ley. Encontrar los registros y completar las solicitudes lleva tiempo, y agradecemos que sea paciente. Nuestro objetivo es darle los registros que pidió en un plazo de 15 días naturales, pero puede haber demoras. Si tiene preguntas sobre el estado de su pedido, no dude en comunicarse con nosotros.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para darle la información que ha pedido de nuestro sistema de registros médicos actual para las fechas solicitadas. Si faltan registros que necesita específicamente, comuníquese con nosotros para darnos más información del proveedor o del lugar en que se prestó el servicio. Por lo general, podemos encontrar los registros más fácilmente cuando especifica el proveedor o el lugar que prestó el servicio al completar este formulario. Cualquier información adicional que extienda el alcance de la revelación original debe estar autorizado por el paciente o el representante personal del paciente.
- Si usted es abogado y presenta una citación para expedientes médicos generales, también debe presentar el formulario de Autorización para el uso y/o Divulgación de PHI firmado por el paciente/padre/madre/tutor legal o una orden judicial firmada por un juez o magistrado. Alternativamente, para expedientes médicos generales, una citación puede ir acompañada de otra documentación suficiente para permitir la divulgación por parte de una entidad cubierta para procedimientos judiciales y administrativos conforme a las regulaciones de HIPAA. Consulte 45 CFR 164.512(e)(1)(iii). Tenga en cuenta que el 42 CFR Parte 2 prohíbe la divulgación de expedientes de trastorno por uso de sustancias para procedimientos civiles, administrativos, penales o legislativos en contra del paciente en respuesta a una citación u otro mandato legal sin el consentimiento específico por escrito del paciente conforme a 42 CFR 2.31, o una orden judicial firmada por un juez que autorice expresamente la divulgación de los expedientes Parte 2 del paciente. Para órdenes judiciales que autoricen el uso y divulgación de expedientes de trastorno por uso de sustancias, consulte 42 CFR Parte 2, §§ 2.61-2.68.