Woman's

Autorización para revelar información médica de Woman's Hospital

*Número del expediente médico*_____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Por este medio autorizo al personal apropiado de **WOMAN'S HOSPITAL** a revelar mi información médica a, o permitir que mi expediente **sea revisado por**:

Destinatarios:			
Dirección del destinatario:			
Atención a:		**Número de contacto:**	

Propósito de la revelación

❏ Tratamiento en otro centro ❏ Solicitud de seguro ❏ Tratamiento por un médico ❏ Investigación
❏ Marketing o recaudación de fondos ❏ Procesamiento de mi reclamo al seguro ❏ Personal (cuando lo pida)
❏ Una entrevista ❏ Remisión del programa GRACE (coordinación de la atención para el trastorno por consumo de sustancias)
❏ Publicación, transmisión, en línea, redes sociales u otro tipo de difusión por el hospital o los medios de comunicación.
❏ Otros motivos; especifique:_____

_____

Especifique la información que quiere revelar marcando las casillas correspondientes:

Fechas de los servicios	

❏ Registros del centro de evaluación
❏ Expediente clínico
❏ Reportes de las consultas; especifique el médico
❏ Información demográfica
❏ Diagnóstico
❏ Resumen del alta
❏ Expediente completo
❏ Registro de facturación completo
❏ Historia y exámenes físicos
❏ Resultados del diagnóstico por imágenes
❏ Registros de vacunas
❏ Factura detallada
❏ Resultados de las pruebas de laboratorio
❏ Notas de enfermería
❏ Reportes operativos
❏ Fotografía/video
❏ Órdenes del médico
❏ Notas de progreso del médico
❏ Otros registros; especifique: _____

_____

❏ Información sobre enfermedades, operaciones o eventos relacionados con el nacimiento de mi hijo

Es necesario un consentimiento especial para revelar la siguiente información. Indique su autorización marcando las casillas correspondientes. NO SE REVELARÁ NINGUNA INFORMACIÓN SI LA CASILLA NO ESTÁ MARCADA.

La siguiente información sobre trastornos por consumo de sustancias: ❏ Historia y exámenes físicos ❏ Medicamentos
❏ Datos demográficos ❏ Diagnóstico ❏ Resumen del alta o instrucciones ❏ Resultados de laboratorio
❏ Órdenes (médico/LIP) ❏ Notas de progreso (médico/LIP) ❏ Evaluación psiquiátrica ❏ Plan de tratamiento
❏ Evaluación psiquiátrica ❏ Plan de tratamiento
❏ Otro; especifique_____
❏ Todos los registros de tratamiento de trastornos por consumo de substancias (incluye todos los registros de trastornos por consumo de alcohol, drogas u otras substancias que mantuvo el proveedor/programa de tratamiento, relacionados con el paciente, incluyendo todos los formularios de ingreso e información demográfica, medicamentos, historia médica, órdenes (médico/LIP), evaluación psiquiátrica, información de pruebas clínicas y otra información de tratamiento).

❏ Resultados de las pruebas de VIH o sida ❏ Registros/resultados de pruebas/diagnósticos de salud mental

RESULTADOS DE PRUEBAS GENÉTICAS(debe especificar los resultados de las pruebas que quiere revelar marcando o escribiendo abajo):

Análisis de cromosomas (especifique abajo):

❏ Sangre ❏ Médula ósea ❏ CVS
❏ Líquido amniótico ❏ Tejido

❏ Factor V de Leiden
❏ ADN de protrombina
❏ UroVysion
❏ Otro_____

❏ Reductasa de metilentetrahidrofolato
❏ FISH de Her2/neu para cáncer de mama
❏ Fibrosis quística

Marketing

Si estoy dando autorización para fines de marketing, entiendo que
Woman's Hospital puede recibir un beneficio monetario (directa o indirectamente) de un tercero por usar la información de mi paciente.

Fecha de vencimiento o evento de la autorización

A menos que sea revocada, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición. Si abajo no se especifica una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá un (1) año a partir de la fecha de la firma. Para la información genética, la fecha de vencimiento debe ser de sesenta días o menos a partir de la fecha de la firma. Si no se especifica ninguna fecha de vencimiento, la autorización vencerá sesenta días a partir de la fecha de la firma. La declaración "fin de la investigación," "ninguna," o un lenguaje similar es suficiente si la revelación es para investigación, (*excepto para investigación sobre información genética*) incluyendo la creación y mantenimiento de una base de datos de investigación o repositorio.

Vencimiento (mes, día, año / evento / condición) _____

DECLARACIONES OBLIGATORIAS

Entiendo que**:**

1. La autorización para la revelación de esta información médica es voluntaria y puedo negarme a firmar esta autorización.
2. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento (*mediante el aviso por escrito al Departamento de Administración de Información Médica [Health Information Management Department) de Woman's Hospital]* excepto en la medida en que Woman's Hospital ya haya revelado la información médica antes de recibir la revocación. Para la información genética, tengo derecho a revocar la autorización en cualquier momento antes de que se haga efectiva la revelación o cuando tenga conocimiento de los detalles de la información genética.
3. Si la autorización es para investigación, el investigador podrá seguir usando y revelando la información médica recopilada antes de recibir la revocación por escrito.
4. Woman's Hospital no puede hacer que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para obtener los beneficios dependan de que el paciente dé esta autorización.
5. Si la autorización es para un tratamiento relacionado con la investigación, Woman's Hospital podrá condicionar la prestación de dicho tratamiento a que el paciente dé una autorización para el uso o revelación de información médica protegida para esa investigación.
6. Cualquier revelación de información lleva consigo la posibilidad de una nueva revelación no autorizada por el destinatario y es posible que la información no esté protegida por la ley federal.
7. La autorización no será válida si se usa para cualquier otro fin que no sea el descrito para el que se hace la revelación.
8. Una fotocopia de esta autorización puede servir como original.

Nombre de la letra de molde: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre de la letra de molde: _____

Firma del representante personal (si es necesario) _____ Fecha _____

Representante personal

Si es necesario que un representante personal firme y feche esta autorización debido a la falta de capacidad del paciente, incluyendo minoría de edad, interdicción o cualquier otro motivo legal, indique abajo cómo la persona que firma como representante tiene autoridad para hacerlo:

- ❑ La ***persona nombrada por el tribunal para actuar en nombre del paciente***, si se ha nombrado una.
- ❑ Un agente de seguros que actúe según un mandato válido, en el que se autoriza específicamente al agente para que tome decisiones de atención médica.
- ❑ El cónyuge del paciente que no esté separado legalmente.
- ❑ Un hijo adulto del paciente.
- ❑ Cualquiera de los padres, ya sea adulto o menor, para su hijo menor de edad.
- ❑ El hermano del paciente.
- ❑ Otros ascendientes o descendientes del paciente.
- ❑ Cualquier persona que se encuentre temporalmente ***en lugar de los padres del menor***, ya sea de manera formal o no, y cualquier tutor de su custodia.
- ❑ Otro (especifique): _____

For Office Use Only: Date copy of authorization given to patient _____

Date copy of authorization mailed to patient _____

Date records sent _____

Media of records disclosed (other than paper): ❑ CD ❑ Film ❑ Other_____