

## Autorizacion para Divulgar/ Revelar Informacion de Salud Protegida

- ❖ **Instrucciones:** Completar todas las selecciones para que la informacion sea divulgada **A Gov. Juan F. Luis Hospital & Medical Center**. La negativa a completar este formulario no afectara la calidad de atencion ni el acceso a cuidado, pago, inscripcion o elegibilidad para beneficios.

<b>Nobre del Paciente:</b> _____	<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____
<b>Telefono:</b> _____	
<b>Direccion:</b> _____	<b>Ciudad:</b> _____ <b>CodigoPostal:</b> _____

### INFORMACION A DIVULGAR

- A. En adicon a cualquier divulgacion de informacion realizada bajo los estandares actuales de operacion, solicito que la informacion sea divulgada:

**DE:** Nombre/ Instalacion: \_\_\_\_\_ Atencion: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**PARA: Gov. Juan F. Luis Hospital & Medical Center**

Departamento de Gestion de Informacion de Salud

Direccion: 4007 Estate Diamond Ruby

Christiansted, St. Croix, VI 00820

**Telefono:** (340) 778-6311 **Enviado por:**  Correo Certificado  **Correo Electronico:** jflhim@jflusvi.org

**Fax:** (340)772-7302

- B. Solicito que la informacion sea divulgada con el siguiente proposito: (**Inicial** todos los que apliquen)

\_\_\_ Continuidad de Atencion \_\_\_ Transferencia de Atencion \_\_\_ Asuntos Financieros \_\_\_ Beneficios por Discapacidad

\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

### REGISTRO MEDICO

- A. Informacion a divulgar/revelar: (**Inicial** todos los que apliquen)

\_\_\_ Resumen de Alta \_\_\_\_\_ Historia & Fisico \_\_\_\_\_ Resumenes de Consulta

\_\_\_ Resultados de Laboratorio \_\_\_\_\_ Inmunizaciones \_\_\_\_\_ Medicamentos Recetados

\_\_\_ Estudios de Familia \_\_\_\_\_ Informes de Patologia \_\_\_\_\_ Informes Radiologicos

\_\_\_ Historial de Facturacion/Estados Financiales \_\_\_\_\_ Registros de Implantes

\_\_\_ Expedientes/Materiales, Dispositivos, Hardware Relacionados

\_\_\_ Otro document adicional solicitado por Gov. Juan F. Luis Hospital & Medical Center del tiempo especificado siguiente.

\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

- B. Periodo de tiempo o fecha de la informacion a divulgar: (MM/AA) Desde: \_\_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_\_

- C. Proveedor de Tratamiento Especifico: \_\_\_\_\_ O \_\_\_ Todos los Proveedores Medico

- D. Clinica/ Servicios Especificos(s): \_\_\_\_\_ O \_\_\_ Todos los Servicios Medicos

### RECONOCIMIENTO

**\*\*Este formulario de autorizacion NO autoriza realizar Notas de Progreso de Consulta ni Notas Psiquiatras\*\***

- ❖ Entiendo que la informacion en mi expediente medico puede incluir informacion relacionada con o hacienda referencia a: consejaria genetica: Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); Historial de uso de drogas o alcohol y abuso; y/o salud conductual, salud psiquiatrica y/o otra informacion sensible.

- ❖ Entiendo que tengo derecho a solicitar una copia de este formulario y puedo revocar esta autorizacion por escrito, contactando a la organizacion mencionada en la seleccion "DE" (arriba), except en la medida en que la organizacion haya confiado en la autorizacion.
- ❖ Entiendo que la informacion puede ser divulgada nuevamente al destinatario y ya no estara protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).
- ❖ Por la presente otorgo permiso para divulgar informacion confodencial y/o protegida de salud al destinatario enumerado arriba.

---

Nombre del Paciente (Imprimir)

Firma del Paciente

Fecha

---

Representante Legal (Imprimir)

Firma del Representante Legal

Relacion al Paciente

Fecha

**\*Nota: Se puede requerir prueba de autoridad legal.** Segun la Regla de Privacidad de HIPAA 45 (§ CFR 164.510), un conyuge, miembro de la familia o amigo no puedo firmar un formulario de divulgacion de HIPAA en nombre de un paciente, a menos que se cumplan criterios para 'Representante Legal' o se haya otorgado un Poder Legal (DPOA)..