

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Persona que hace la solicitud _____

Paciente _____ Fecha de nacimiento _____ # de Paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Yo autorizo: (Favor marque la ubicación)

- KU Wichita Center for Health Care, 8533 E. 32nd St. N., Wichita, KS 67226 Tel 316-293-2622 **NÚMERO DE FAX 855-517-9494**
- KU Wichita Internal Medicine Midtown, 1001 N. Minneapolis, Wichita, KS 67214 Tel 316-293-1840 **NÚMERO DE FAX 855-487-3302**
- KU Wichita Psychiatry & Psychology, 1001 N. Minneapolis, Wichita, KS 67214 Tel 316-293-2647 **NÚMERO DE FAX 855-476-0305**

Favor marque uno de los siguientes

- Divulgar** información de salud a
- Obtener** información de salud de
- Intercambiar** información con

Nombre/Organización _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (con código de área) _____ Fax (con código de área) _____

El tipo específico y cantidad de información que se utilizará y divulgará es el siguiente

- Notas del progreso incluyendo _____
- Prueba psicológica completada el _____
- Informes de laboratorio para _____
- Expediente de salud mental incluyendo _____
- Informes de Radiología _____
- Expediente de abuso de alcohol y/o sustancias
- Expediente médico completo* (excepto notas de psicoterapia)
- Expediente de VIH/SIDA
- Otro (favor especifique) _____
- Comunicación verbal
- Expediente de educación
- Expediente del hospital
- Prueba neuropsicológica

Cubriendo servicios entre _____ y _____ (Indique las fechas o "todo").

Motivo de la solicitud

- Atención continua
- Personal*
- Seguro/Discapacidad*
- Litigio*
- Otro* (debe especificar) _____

*Incluyendo información/expediente de abuso de sustancias, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud mental y del comportamiento.

*Puede haber cargos por las copias. MPA se reserve el derecho de cobrar la tarifa de cuotas fijada por el estado de Kansas.

Si los expedientes adjuntos contienen información sobre el tratamiento de drogas y/o alcohol, entonces estos expedientes están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Expedientes de Pacientes por Abuso de Alcohol y Drogas, 42 CFR, Parte 2, la prohibición de re-divulgar que se detalla a continuación se aplica, y estos expedientes no se pueden divulgar sin el consentimiento por escrito, salvo que se estipule lo contrario en las regulaciones. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto en la medida que se haya realizado una acción en virtud de dicho consentimiento, al enviar una notificación por escrito a MPA a la dirección anterior, y que en todo caso **este consentimiento permanecerá en vigor por 12 meses a partir de la fecha de la firma o según lo siguiente** _____ (Especifique fecha alternativa, evento o condición). Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede ser re-divulgada por la persona que la recibe y ya no está protegida por los requisitos de privacidad legal federales o estatales. MPA, sus afiliados, sus empleados y sus funcionarios no son legalmente responsables por la re-divulgación de la información indicada en esta autorización. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización, que mi tratamiento o el pago de servicios no serán negados si no firmo esta Autorización y que yo puedo inspeccionar o copiar la información protegida de salud que se utilizará o divulgará. **Si los expedientes médicos o la correspondencia de otros proveedores fueron divulgados de conformidad con este formulario, no podemos dar fe de la exactitud o integridad de la información. Por la presente autorizo a MPA para que divulgue la información protegida de salud como se especificó anteriormente.**

Prohibición de re-divulgación: se le ha divulgado información de expedientes protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las normas federales prohíben que usted haga cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional de esta información esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la cual se refiere o esté permitida por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo **NO** es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del Representante Legal Autorizado _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde del Representante Legal Autorizado y su relación _____