

## 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. 32<sup>nd</sup> 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**
- KU Wichita Pediatrics - Heartspring, 8700 E. 29<sup>th</sup> St. N. Wichita, KS 67226 Tel 316-293-1842 **NÚMERO DE FAX 316-293-1882**

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

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