

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

### Sección A: Esta sección debe cumplimentarse para todas las autorizaciones

Apellido del paciente:	Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Teléfono:	Correo electrónico:	
Dirección:		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Lugar/Instalación de tratamiento de ERC Pathlight:	Fecha(s) de tratamiento en ERC Pathlight:	
Finalidad de la divulgación (por ejemplo, a petición del paciente):		

Por la presente autorizo a Eating Recovery Center / Pathlight Mood & Anxiety Center a  
(*marque al menos una*):

Intercambiar con  
(p. ej., de proveedor a proveedor)

Liberar a  
(por ejemplo, un familiar o un abogado)

Obtener de  
(por ejemplo, solicitar registros a otro)

Nombre del destinatario:	Relación con el paciente:	
Teléfono:	Correo electrónico:	
Dirección:		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de la siguiente información sanitaria:

**Historia clínica completa**

Por favor, incluya:

Tratamiento por abuso de sustancias

Pruebas genéticas

ETS/VIH/SIDA

Enfermedades mentales y/o psiquiátricas

Informes o pruebas sobre agresiones sexuales

**SOLO los siguientes registros médicos (marque todos los que correspondan):**

Notas de progreso

Plan de alta/tratamiento posterior

Nutrición/Alimentarios

Medicamentos

Información médica y de enfermería

Registros de facturación

Progreso educativo

Fecha(s) de servicio

Planes de tratamiento

Valoración(es)

Resultados/órdenes de pruebas de

**Otros:** \_\_\_\_\_

**NOTA:** La información divulgada puede incluir un diagnóstico o referencia a las siguientes afecciones: servicios de salud conductual/atención psiquiátrica, anemia falciforme, pruebas genéticas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH); abuso de drogas y/o alcohol, o enfermedades de transmisión sexual.

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

### Section B: El método por el que desea recibir los registros

Correo electrónico cifrado

Dirección de correo electrónico del destinatario: \_\_\_\_\_

Correo electrónico no cifrado

Dirección de correo electrónico del destinatario: \_\_\_\_\_

Pendrive a la dirección del destinatario indicada más arriba (es posible que se requiera software para descifrar).

Fax (la información solicitada debe tener menos de 50 páginas)

Número de fax del destinatario: \_\_\_\_\_

Papel - por correo a la dirección del destinatario indicada más arriba.

### Section C: Expiración y revocación

**Si la información sanitaria que se va a divulgar contiene historiales de tratamiento de VIH/SIDA o de abuso de sustancias, esta Autorización caduca en un plazo de sesenta (60) días. De lo contrario, puede seleccionar cualquiera de los siguientes eventos de expiración:**

- 1 año a partir de la fecha en que yo, o mi representante legal, firme esta Autorización.
- En el momento en que se produzca el siguiente hecho (por ejemplo, "En el momento de la divulgación de los registros anteriores"):

#### Entiendo que:

1. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento proporcionando una revocación por escrito a ERC Pathlight.
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización.
3. La firma de esta autorización es voluntaria.
4. Mi tratamiento, pago, inscripción o derecho a prestaciones no estarán condicionados a que yo firme esta autorización.
5. La información divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por la HIPAA en el momento de su divulgación al destinatario.
6. Tengo derecho a inspeccionar o copiar la información sanitaria que se utilizará o divulgará en virtud de esta Autorización.

**He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información sanitaria protegida tal como se indica.**

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del representante/tutor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del representante/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Relación con el paciente:

Padre/madre/tutor legal

Sustituto en la toma de decisiones

Poder notarial

Otros: \_\_\_\_\_

Albacea o representante personal