

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido Inicial del segundo nombre Primer nombre Nombre anterior (si corresponde)

____/____/____

Fecha de nacimiento

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono de preferencia

Correo electrónico de preferencia

2. INFORMACIÓN DE PROVEEDOR/CENTRO/PERSONA

Proveedor/Centro/Persona

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Fax

Correo electrónico

AUTORIZO A QUAD/MED, LLC Y SUS CONSULTORIOS MÉDICOS ASOCIADOS ("QUADMED") A:

Divulgar información al(a la)
proveedor/centro/persona:

Obtener información del(de la)
proveedor/centro/persona:

3. INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Historia clínica completa |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Vacunaciones | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Recetas | <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | | |

La información siguiente NO se divulgará excepto que se marque específicamente a continuación (conforme a lo definido en las leyes estatales y federales correspondientes):

- Consumo de alcohol/sustancias
- Salud conductual/mental
- Pruebas genéticas
- Resultados de pruebas/tratamiento de VIH
- Enfermedades de transmisión sexual/otras enfermedades transmisibles

4. FECHAS DE SERVICIO QUE SE DIVULGARÁN

Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____ . Si se deja en blanco, solo se divulgará u obtendrá la información de los últimos dos (2) años.

5. PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN) (PUEDEN APLICARSE TARIFAS DE COPIADO)

- Atención continua
- Determinación de discapacidad
- Seguro/pago de reclamos
- Litigio/legal
- Uso personal
- Transferencia del cuidado
- Uso escolar
- Indemnización por accidente laboral
- Finalización del formulario
- Otro (especifique): _____

6. FORMATO/MÉTODO DE ENTREGA DE PREFERENCIA (MARQUE UNA OPCIÓN)

Divulgar a través de (marque una opción): Fax Correo electrónico seguro
 Correo de Estados Unidos De forma verbal Personalmente

7. VENCIMIENTO

Esta autorización vence en _____ (insertar fecha, intervalo de tiempo o evento). Excepto que se designe lo contrario, esta autorización vencerá luego de un (1) año desde la fecha de la firma del solicitante a continuación.

8. SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON ESTA AUTORIZACIÓN

Esta autorización es voluntaria. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Excepto que esté permitido por ley, mi negación a firmar esta autorización no afectará mi capacidad para recibir tratamiento por parte de QuadMed o los proveedores de atención médica asociados.

Comprendo que la información usada o divulgada en relación con esta autorización puede estar sujeta a la nueva divulgación por parte del beneficiario y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad correspondientes.

Derecho a revocar esta autorización Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y que debo hacerlo por escrito. Mi revocación no se aplicará a los usos o divulgaciones que ya hayan tenido lugar conforme a esta autorización. A fin de revocar mi autorización, debo proporcionar una solicitud por escrito a QuadMed, a la atención de: Privacy Officer, N64W23110 Main Street, Sussex, WI 53089.

Derecho a examinar y copiar. Entiendo que tengo derecho a examinar o recibir una copia de ciertos registros de salud respecto de los cuales di mi autorización para el uso o la divulgación conforme a esta autorización. Comprendo que se me puede cobrar una tarifa por la copia, el envío postal o

la preparación de registros relacionados con el cumplimiento de esta solicitud. La fotocopia/el facsímil es tan válido como el documento original.

Derecho a recibir una copia de esta autorización. Si acepto firmar esta autorización, a lo cual no estoy obligado, puedo recibir una copia firmada de este formulario.

RESIDENTES DE NUEVA YORK EXCLUSIVAMENTE: Si autoriza la divulgación de la información relacionada con el VIH, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar cualquier información relacionada con el VIH sin su autorización excepto que la ley federal y estatal lo permita. Si es víctima de discriminación por causa de la comunicación o divulgación de la información relacionada con el VIH, puede comunicarse con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al 1-888-392-3644. Este organismo es responsable de la protección de sus derechos.

9. FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL

_____ /____/____
Firma Nombre en letra de imprenta Fecha

Si la firma corresponde a una persona diferente del paciente, se debe completar lo siguiente:

1. La persona: Es menor Es incompetente/incapaz en términos legales Falleció

2. Autoridad legal: Padre/madre* Tutor legal (debe proporcionar documentación)

Otro (especifique y brinde documentación): _____

**Al firmar arriba, usted declara que no se le ha denegado la colocación física del menor por parte de un tribunal de justicia ni los derechos de paternidad fueron terminados por un tribunal de justicia.*

PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE:

- Solicitud enviada para el procesamiento de la historia clínica
- Solicitud procesada por la clínica*

**La información en Epic debe divulgarse mediante la actividad en Quick Disclosure (Divulgación rápida).*

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD INSTRUCCIONES

QuadMed cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes. No excluimos a ninguna persona ni la tratamos de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El formulario de autorización no es válido si uno o más de los elementos obligatorios se deja en blanco. Si no se completan todos los elementos obligatorios, puede ocasionarse la demora o cancelación del procesamiento de su solicitud.

Los formularios completos pueden enviarse electrónicamente o presentarse en persona:

QuadMed
Atención: Medical Records Processing
W64W23110 Main Street, Sussex, WI 53089
Correo electrónico:
MedicalRecords@quadmedical.com
Fax: (414) 622-3809

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Rellene con el nombre completo del paciente, incluya cualquier nombre anterior (si corresponde), fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico de preferencia.

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE PROVEEDOR/CENTRO/PERSONA

Rellene con el nombre, la dirección, el número de teléfono, el número de fax y la dirección de correo electrónico de la persona o la organización a la que quisiera que QuadMed divulgue su información de salud, o de la que quisiera obtener su información de salud.

NOTA: Debe marcar la casilla correspondiente para indicar si QuadMed **enviará** o **solicitará** su información de salud.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

Marque las casillas que sea necesario para indicar qué información debe divulgarse u obtenerse. También puede marcar "Otra" y brindar una descripción de la información que se debe divulgar u obtener. Si se necesitan todos los registros de esta sección, simplemente marque "Historia clínica completa".

NOTA: Debe marcar las casillas correspondientes si desea cualquiera de los datos siguientes incluidos en su solicitud (conforme a lo definido por la ley federal y estatal correspondiente): consumo de alcohol/sustancias, discapacidades del desarrollo, pruebas genéticas, resultados de pruebas/tratamiento de VIH, salud mental, enfermedades de transmisión sexual u otras enfermedades transmisibles/tratamiento.

SECCIÓN 4: FECHAS DE SERVICIOS QUE SE DIVULGARÁN

Rellene con las fechas de inicio y finalización de servicio en relación con la información que desea que se divulgue u obtenga. Si estos campos se dejan en blanco, se incluirá la información de los últimos dos (2) años.

SECCIÓN 5: PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

Marque las casillas que más se aproximen al propósito de la divulgación. Si no se aplica ninguna, marque "Otro" y especifique el propósito.

SECCIÓN 6: FORMATO/MÉTODO DE ENTREGA DE PREFERENCIA

Seleccione el método de entrega de preferencia.

SECCIÓN 7: VENCIMIENTO

Rellene con la fecha de vencimiento que desea aplicar a esta autorización. También puede indicar un intervalo de tiempo o evento. Si deja en blanco este campo, la autorización vencerá automáticamente luego de un (1) año desde la fecha de la firma en la sección 9.

SECCIÓN 8: SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON ESTA AUTORIZACIÓN

En esta sección se explican sus derechos conforme a la ley e incluye una notificación que indica que la parte que recibe sus registros puede no estar obligada por ley a mantener dichos registros de forma confidencial.

SECCIÓN 9: FIRMA

Firme y escriba su nombre en letra de imprenta e indique la fecha. Si usted no es el paciente, debe completar los puntos (1) y (2), así como presentar la documentación del tribunal correspondiente u otra documentación oficial según corresponda. Si marca la casilla "Padre/madre" y firma este formulario, usted declara que no se le ha denegado la colocación física del menor por parte de un tribunal de justicia ni los derechos de paternidad fueron terminados por un tribunal de justicia.