



Autorización para la divulgación de información (ROI)

MRN: _____
Solo para uso interno

1. Datos del paciente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

2. Autoriza a:

Noble Community Clinics – Todas las sedes

Dirección: Apartado de correos 1440, Wautoma, WI 54982

Correo electrónico: medical.records@nobleclinics.org

Teléfono: 1-800-942-5330 ext. 7039

Fax: 920-765-7017

3. Facilitar mis registros a:

Nombre/Organización: _____ A la atención de: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Forma preferida de recibir la información: ¿Cómo debe enviar Noble la autorización para la divulgación información una vez cumplimentada?

por fax por correo electrónico por correo postal Recogida en la clínica: _____

4. Obtener mis registros de:

Nombre/Organización: _____ A la atención de: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

5. ¿Para qué se necesita la información?

- Verificar el cumplimiento del tratamiento
- Indemnización por accidente laboral
- Uso personal (a petición mía)
- Elegibilidad para el seguro/Pago/Reclamación
- Asuntos legales Transición de la atención Cumplimentación de formularios (FMLA/discapacidad, etc.)
- Organismos de supervisión sanitaria; Procedimientos judiciales/administrativos; Fuerzas del orden
- Otros: _____

6. ¿Qué información desea que se divulgue?

A. Servicio :

Desde (MM/DD/AAAA): _____ To: (MM/DD/AAAA): _____

B. Seleccione los registros específicos que desea divulgar:

*Rellene las secciones de salud médica, dental y/o conductual:
No es necesario completar todas las categorías; marque solo lo que sea necesario.*

Médica: Atención Primaria

- Historial y examen físico
- Resumen del alta
- Notas de evolución
- Análisis
- Imágenes
- Perfil farmacológico
- Facturación
- Vacunas
- Derivaciones y consultas
- Signos vitales
- Lista de problemas/diagnósticos
- Operaciones y procedimientos
- Otros: _____

Odontología:

- Notas de evolución
- Plan de tratamiento
- Imágenes (radiografías)
- Registro periodontal
- Facturación
- Perfil farmacológico
- Derivaciones y consultas
- Otros: _____

B. Seleccione los registros específicos que desea divulgar:

*Rellene las secciones de salud médica, dental y/o conductual:
No es necesario completar todas las categorías; marque solo lo que sea necesario.*

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Salud conductual o mental: sin incluir AODA/SUD | <input type="checkbox"/> Evaluación inicial | <input type="checkbox"/> Plan actual de servicios/tratamiento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Facturación |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Derivaciones y consultas | <input type="checkbox"/> Lista de problemas/diagnósticos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Perfil farmacológico | <input type="checkbox"/> Análisis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Identificación/Presencia en tratamiento | <input type="checkbox"/> Derivaciones y consultas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

C. Registros que requieren consentimiento específico:

Se deben marcar los registros correspondientes para que se puedan entregar:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas | <input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental/Notas de evolución |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento y notas de evolución según la AODA | <input type="checkbox"/> Actualizaciones clínicas (salud mental en el ámbito escolar) |
| <input type="checkbox"/> Notas de neuropsicología | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas genéticas |
| <input type="checkbox"/> Resultados de VIH/SIDA | |

D. Registros que requieren el consentimiento de un menor:

Rellene esta sección si es usted un menor que autoriza la divulgación de estos registros protegidos. Para que se puedan divulgar, el paciente menor de edad debe marcar los registros correspondientes y firmarlos.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AODA ambulatorio (mayores de 12 años) | <input type="checkbox"/> Atención de salud mental ambulatoria (mayores de 14 años) |
| <input type="checkbox"/> Notas de neuropsicología (mayores de 12 años) | <input type="checkbox"/> Violación o agresión/abuso sexual (mayores de 12 años) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (mayores de 17 años) | <input type="checkbox"/> Prueba de embarazo (17 años o menos) |
| <input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas (17 años o menos) | <input type="checkbox"/> Resultado de la prueba del VIH/SIDA (a partir de 14 años) |
| <input type="checkbox"/> Atención relacionada con el embarazo o el recién nacido (17 años o menos) | |

Firma del paciente menor de edad: _____ Fecha/Hora: _____

7. Cuándo se necesita la información:

Fecha en la que se necesita la información: _____ (MM/DD/AA).

Haremos todo lo posible por atender su solicitud; no obstante, le rogamos que nos conceda 30 días para responder (45 CFR §164.524(b)(2)).

8. Caducidad:

Esta autorización tiene una vigencia de **un año** a partir de la fecha de la firma, salvo que se indique lo contrario aquí: _____ (MM/DD/AA).

Revocación: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Noble, Departamento de Gestión de la Información Sanitaria (HIM), P.O. Box 1440, Wautoma, WI 54982. La revocación no afectará a las divulgaciones ya realizadas en virtud de esta autorización.

Divulgación posterior: Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada posteriormente por el destinatario y que, en tal caso, podría dejar de estar protegida por la HIPAA. También entiendo que determinados registros confidenciales –incluidos los registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias protegidos en virtud del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2, y otros registros protegidos por la legislación estatal– no podrán ser divulgados posteriormente sin mi permiso por escrito, a menos que la ley lo permita.

Derecho a negarse/Sin condiciones para la atención: Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización, y que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no se verán afectados por mi decisión.

Derecho de revocación: Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito. Entiendo que mi revocación no afectará a los usos o divulgaciones ya realizados en virtud de esta autorización.

Derecho a una copia: Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____ Fecha/Hora: _____

Nombre de la persona autorizada (en letra de imprenta): _____

Firma de la persona autorizada: _____ Fecha/Hora: _____

Relación con el paciente: _____ Padre/madre de menor tutor designado por el tribunal, **incluir documentación legal.**