

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Persona que hace request _____

Patient _____ DOB _____ Paciente # _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Autorizo: (Por favor verifique 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 Medicina Interna Midtown, 1001 N. Minneapolis, Wichita, KS 67214 Tel. 316-293-1840 **NÚMERO DE FAX 855-487-3302**
- KU Wichita Psiquiatría y Psicología, 1001 N. Minneapolis, Wichita, KS 67214 Tel. 316-293-2647 **NÚMERO DE FAX 855-476-0305**

Marque una de las siguientes opciones:

- Para **Lanzamiento** información de salud para
- Para **obtener** Información de salud de
- Para **intercambiar** información con

Nombre/Organization _____

Dirección _____

Ciudad _____ State _____ ZIP _____

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

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso including _____ | <input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas completadas en _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio para _____ | <input type="checkbox"/> Registros de salud mental including _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiología Reports _____ | <input type="checkbox"/> Registros de abuso de alcohol y/o sustancias |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica completa* (excepto notas de psicoterapia) | <input type="checkbox"/> Registros de VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Comunicación verbal |
| <input type="checkbox"/> Registros Educativos | <input type="checkbox"/> Registros hospitalarios |
| <input type="checkbox"/> Registros hospitalarios | <input type="checkbox"/> Pruebas NeuroPsych |

Cobertura de Servicios entre _____ y _____ (Inserte la(s) fecha(s) o "todos").

Objeto de la solicitud

- Cuidado continuado Personal* Seguro/Discapacidad* Litigación* Otro* (debe especificar) _____

*Incluyendo registros/información sobre abuso de sustancias, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud mental y conductual.

*Es posible que se apliquen cargos por copias de las instalaciones. MPA se reserva el derecho de cobrar la lista de tarifas según lo establecido por el estado de Kansas.

Si los registros adjuntos contienen información sobre el tratamiento de drogas y/o alcohol, estos registros están protegidos por las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes por Abuso de Alcohol y Drogas, 42 CFR, Parte 2, se aplica la prohibición de redivulgación que se detalla a continuación, y estos registros no se pueden divulgar sin el consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función del mismo mediante el envío de una notificación por escrito a la MPA a la dirección anterior, y que en cualquier caso **este consentimiento permanece en vigor durante 12 meses a partir de la fecha de la firma o de la siguiente manera** _____ (Especificar fecha alternativa, evento o condición). Entiendo que la información divulgada por esta autorización podría ser redivulgada por la persona que la recibe y ya no está protegida por los requisitos legales de privacidad federales o estatales. MPA, sus afiliados, sus empleados y funcionarios no son legalmente responsables de la redivulgación de la información indicada en esta autorización. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización, que mi tratamiento o pago por servicios no será denegado si no firmo esta Autorización y que puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida para ser utilizada o divulgada. **Si los registros médicos o la correspondencia de otros proveedores se divulgaron de conformidad con este formulario, no podemos dar fe de la exactitud o integridad de la información. Por la presente, autorizo a MPA a divulgar la información de salud protegida como se especifica anteriormente.**

Prohibición de redivulgación: Se le ha divulgado información de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional de esta información esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece 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 reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Firma de la fecha del paciente	Fecha	Firma del Representante Legal Autorizado	Fecha
Testigo	Fecha	Nombre en letra de imprenta del representante legal autorizado y relación	