axiscommunityhealth

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A INDIVIDUOS/ MIEMBROS DE LA FAMILIA

Este documento permite que usted, el paciente, asigne las personas de su equipo de atención. Su "equipo de atención" se compone de aquellas personas que le ayudan con su cuidado personal. Estas personas pueden ser su familia, amigos

o cuidadores. Cuando se agrega a alguien a su equipo de cuidado, usted está autorizando que esa persona pueda comunicarse e interactuar con Axis en su nombre, en la medida en que se especifica en este documento. Es importante saber que la persona en su equipo de atención no es el mismo que su representante personal. Representantes personales son una designación legal, y tienen autoridad mucho más amplia para actuar en su nombre – i.e., firmar formas de consentimiento. Si usted, esta firmando este documento en nombre de otra persona, debe proporcionar su propio nombre, firma y su relación con el paciente cuando se indique al final del formulario.

A. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE.

NOMBRE DEL PACIENTE:	
DIRECCIÓN DEL PACIENTE:	
SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE:

B. CONCEDER AUTORIZACIÓN.

Al completar este formulario, usted está solicitando que otras personas formen parte del equipo de atención del paciente. La persona indicada en la Parte A, anterior, autoriza por la presente a Axis Community Health a utilizar y divulgar información sanitaria a la(s) Persona(s) autorizada(s) enumerada(s) en la Sección D a continuación.

C. INFORMACIÓN DE SALUD QUE SE UTILIZARÁ O SE DIVULGARÁ

Seleccione la(s) tarea(s) que el equipo de atención está autorizado a realizar para el paciente:

- ◯ Recoger registros médicos (solo los pacientes o sus representantes personales pueden firmar el consentimiento para solicitar registros médicos)
- ◯ Recoger medicamentos
- ◯ Llamar para resultados de diagnóstico/laboratorio
- ◯ Programar y cancelar citas
- ◯ Hablar con mi proveedor acerca de mi atención, excepto _____

  * Cualquier información de salud sensible relacionada con notas de psicoterapia, registros de salud mental (protegidos por la Ley Lanterman-Petris-Short), registros de abuso de drogas y / o alcohol no puede ser divulgados.

- ◯ Otro:_____

D. PERSONAS AUTORIZADAS

Esta información de salud puede divulgarse a: Haga una lista de las personas que le gustaría agregar al equipo de atención del paciente. Las tareas permitidas se limitarán ala seccion especificadas anteriormente.

Nombre	**Fecha de nacimiento**	**Relación con el paciente**	**Teléfono**

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificándo a Axis Community Health por escrito. Entiendo que esta autorización permanece vigente hasta que cancele mi autorización. Si cancelo mi autorización, no afectará a las acciones tomadas por Axis Community Health antes de que reciban mi cancelación. . Entiendo que aunque la ley federal no protege la información de salud que se divulga a alguien que no sea otro proveedor de atención médica, plan de salud o centro de intercambio de información de atención médica, según la ley de California, todos los destinatarios de información de atención médica tienen prohibido volver a divulgarla, excepto según lo exija o permita específicamente la ley.

Efecto de la negativa a firmar la autorización: Entiendo que mi tratamiento o beneficios de atención médica no se verán afectados si firmo o no firmo este formulario.

E. RECONOCIMIENTO

Según lo requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud de 1996 (HIPAA) y la ley de California, esta práctica no puede usar ni divulgar su información de salud identificable individualmente, excepto según lo dispuesto en nuestro aviso de prácticas de privacidad sin su autorización. Su cumplimentación de este formulario significa que está dando permiso para los usos y la divulgación descritos anteriormente. Por favor revise y complete este formulario cuidadosamente. Puede ser inválido si no se completa por completo.

Autorizo la divulgación de mi información personal de salud a las personas / entidades como se describe. Entiendo que esta autorización es voluntaria y está hecha para confirmar mis instrucciones. Entiendo que una vez que se divulga la información, puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por las normas de privacidad, e indemnizo a Axis Community Health por dicha divulgación involuntaria. Además, entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización. Por la presente, doy permiso a Axis Community Health para divulger y utilizar mi información de salud personal de la manera descrita en este documento.

_____

Imprimir nombre Firma Fecha

Si está completando y firmando este formulario en nombre de otra persona, indique su relación con el paciente y proporcione la documentación indicada para la relación:

Relación con el paciente (seleccione uno):

-

- ◯ Propio
- ◯ Cuidador de un paciente adulto (tanto el paciente como la persona que solicita deben firmar el reconocimiento de recibo)
- ◯ Poder notarial duradero para atención médica para un adulto discapacitado (DPOA)**
- ◯ Tutor legal de un paciente adulto discapacitado**
- ◯ Hijo adulto de un padre mayor (tanto el paciente como la persona que solicita deben firmar el reconocimiento de recibo)
- ◯ Hijo adulto de un padre discapacitado**
- ◯ Padre de un paciente adulto discapacitado**

** Proporcione una copia de la documentación legal que verifique la relación del solicitante con el paciente.