SOS SYRACUSE ORTHOPEDIC SPECIALISTS

5719 Widewaters Parkway Syracuse, NY 13214
t: 315.883.5865 f: 315.449.9923

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	ID(solo para uso de la oficina)

Firmando este formulario, por la presente, yo autorizo a SOS a compartir la siguiente información médica con:

Persona/Compañía: (PACIENTE) _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

CHEQUEE TODO LO QUE APLIQUE: **Prefiero que mis archivos médicos estén en** (seleccione uno)
☐Formato de papel, acepto pagar .75 por página/máx. $6.50 ☐Enviarlo al Portal del Paciente/Sin costo
☐CDs en formato PDF/ $5 por CD ☐CDs de imágenes de radiología/$5 per CD

** Los documentos ya no están protegidos por HIPAA una vez que dejan la posesión de la práctica**

Seleccione los archivos que está solicitando:

☒ Toda la información médica ☐Información médica desde _____ hasta _____
☐Otra (especifique)_____

RAZONES PARA LA AUTORIZACIÓN: ☒ a mi solicitud

Entiendo que podría negarme a firmar esta autorización. El tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estará condicionado en firmar una autorización, de ser así estaría prohibido por la ley federal y estatal. Entiendo que pudiera requerirse una autorización para participar en una investigación o donde servicios de salud son provistos solamente con el propósito de crear información médica para terceros, y para eso si me niego a firmar la autorización esos servicios pueden ser negados.
Yo podría revocar esta autorización por escrito. Si lo hago esto no afectará ninguna acción previamente tomada. No podría revocar esta autorización si su propósito fue obtener seguro. Podría revocar esta autorización escribiendo una carta y enviándola por correo certificado, con acuse de recibo solicitado, al Director de Privacidad de Syracuse Orthopedic Specialists.

1. Esta autorización pudiera incluir la divulgación de información relacionada con el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental, exceptuando notas de psicoterapia e información confidencial relacionada con VIH, a no ser que chequee el cuadro apropiado en la sección 9(c). De otra manera, en el caso de la información médica descrita debajo, en la sección 9(a), incluye cualquiera de estos tipos de información, y pongo las iniciales en la línea del cuadro de la sección 9(b), específicamente autorizo a divulgar tal información a la persona o entidad indicada en la sección 8.
2. Si autorizo la divulgación de lo relacionado con el VIH, tratamiento por abuso de alcohol y drogas, o información sobre tratamiento de salud mental, el receptor tiene prohibido difundir esta información sin mi consentimiento a no ser que sea permitido por la ley federal y estatal. Entiendo que tengo el derecho de pedir la lista de personas que podrían recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si experimento discriminación debido a la liberación o divulgación de la información relacionada con el VIH, podría contactar a La División de los Derechos Humanos del estado de New York al (888) 392-3644 o TTD/TTY (718) 741-8300

Incluir: (Indicar con sus iniciales: _____Tratamiento con alcohol/drogas _____Salud Mental _____ Información relacionada con el VIH

_____ _____
Firma del Paciente/Representante Legal Autorizado Date

_____ _____
Nombre Impreso Relación con el paciente

NOTA: Este documento debe ser parte del archivo médico del paciente. Se le tiene que dar una copia de este documento al paciente o al representante legal autorizado. **Expiración**: formulario de liberación expira en 6 meses desde la fecha en que se firma a no ser que se escriba lo contrario aquí _____.