



## Autorización estándar de uso y divulgación de información sanitaria protegida

[Divulgación de información no relacionada con el tratamiento, el pago y las operaciones]

### Información que se utilizará o divulgará (se aplica la regla del mínimo necesario):

- Notas de encuentro
- Resultados de laboratorio
- Información sobre facturación/seguro
- Sólo último examen
- Resultados de las imágenes
- Información quirúrgica
- Sólo dictado
- Otros \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del servicio: \_\_\_\_\_ Hasta la fecha de finalización del servicio: \_\_\_\_\_

*Puede aplicarse un cargo razonable basado en el coste por duplicación, manipulación y transmisión/envío que no exceda de 15,00 \$ por las 15 páginas iniciales y 0,10 por página a partir de entonces según las directrices de la Junta de Examinadores Médicos de NM.*

**Propósito de la divulgación:** La información solicitada anteriormente se utilizará para los siguientes fines:

- Atención continuada
- Uso personal
- Reclamación al seguro
- Solicitud de seguro
- Uso legal
- Otros (lista siguiente)

**Parte solicitante:** Propio  SWEC  Otros: \_\_\_\_\_

### Persona(s) a la(s) que se puede divulgar la PHI, autorizada(s) a utilizar y divulgar la información:

Proporcione la información de contacto completa (nombre, dirección, teléfono, fax, correo electrónico y números de cuenta)

POR LA PRESENTE AUTORIZO A (Nombre de la persona / instalación que <u>posee la información</u> ) Nombre/Empresa: _____ Dirección: _____ _____ Teléfono: _____ Fax: _____	LIBERAR A: (Nombre de la persona / instalación que <u>recibirá la información</u> ) Nombre/Empresa: _____ Dirección: _____ _____ Teléfono: _____ Fax: _____
--	---

- **Derecho a Terminar o Revocar la Autorización:** Puede revocar o finalizar esta autorización presentando una revocación por escrito a Southwest Eyecare Specialists. Debe ponerse en contacto con el funcionario de privacidad para rescindir esta autorización.
- **Posibilidad de nueva divulgación:** La información que se divulgue en virtud de esta autorización podrá ser divulgada de nuevo por la persona u organización a la que se envíe. Puede que no sea posible garantizar su derecho a la protección de la privacidad de esta información una vez que Southwest Eyecare Specialists la revele a otra parte.
- **Derechos del individuo:** Usted puede inspeccionar o copiar la información utilizada o divulgada bajo esta autorización, Usted puede negarse a firmar esta autorización. Si se niega a firmar esta autorización, Southwest Eyecare Specialists no le negará ningún tratamiento urgente o emergente, todo tratamiento rutinario o relacionado con la investigación será remitido de nuevo a su Proveedor de Atención Primaria de inicio.

Nombre del paciente (en letra de imprenta o a máquina) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del representante del paciente - Relación del representante del paciente con el paciente \_\_\_\_\_

(Obligatorio si el paciente es un menor o un adulto que no puede firmar este formulario)