

Elica Health Centers se compromete a proteger su información de salud. **Este formulario de divulgación/no divulgación de la HIPAA** le permite añadir, actualizar o cambiar la forma en que se comparte su información médica protegida. Este formulario nos ayuda a comprender cualquier instrucción nueva que tenga sobre qué detalles, si los hubiera, desea que compartamos con las personas en su vida. Los proveedores de Elica solo se comunicarán con los pacientes sobre su tratamiento o atención en persona, por teléfono o a través del portal del paciente.

Información del Paciente			
<b>Apellido:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Inicial del segundo nombre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>

**Preferencias de mensajes: Indíquenos el tipo de mensajes que prefiere y qué podemos compartir. (Pueden aplicarse tarifas de mensajería y datos)**

	Teléfono	Texto	Email/Portal
<b>Todo lo siguiente</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Notificaciones de salud (como resultados de análisis o pruebas)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Recordatorios de citas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anuncios (como nuevos programas o información de la comunidad)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Notificaciones de facturación</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Quién: Indíquenos con quién desea que compartamos o divulguemos información. Cada casilla es para una persona diferente.**

Persona #1	Persona #2
<b>Nombre y apellido:</b>	<b>Nombre y apellido:</b>
<b>Relación:</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Relación:</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Podemos decirle a esta persona toda y cualquier información médica sobre usted. <div style="text-align: center;">○</div> <input type="checkbox"/> Podemos entregarle a esta persona las notas del historial clínico de hoy en el momento de la visita. <input type="checkbox"/> Podemos darle a esta persona todos los resultados de sus pruebas.	<input type="checkbox"/> Podemos decirle a esta persona toda y cualquier información médica sobre usted. <div style="text-align: center;">○</div> <input type="checkbox"/> Podemos entregarle a esta persona las notas del historial clínico de hoy en el momento de la visita. <input type="checkbox"/> Podemos darle a esta persona todos los resultados de sus pruebas.
Persona #3	Persona #4
<b>Nombre y apellido:</b>	<b>Nombre y apellido:</b>
<b>Relación:</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Relación:</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Podemos decirle a esta persona toda y cualquier información médica sobre usted. <div style="text-align: center;">○</div> <input type="checkbox"/> Podemos entregarle a esta persona las notas del historial clínico de hoy en el momento de la visita. <input type="checkbox"/> Podemos darle a esta persona todos los resultados de sus pruebas.	<input type="checkbox"/> Podemos decirle a esta persona toda y cualquier información médica sobre usted. <div style="text-align: center;">○</div> <input type="checkbox"/> Podemos entregarle a esta persona las notas del historial clínico de hoy en el momento de la visita. <input type="checkbox"/> Podemos darle a esta persona todos los resultados de sus pruebas.

**No quiero que NADA se diga ni se comparta con NADIE**

Al firmar este formulario **de divulgación/no divulgación de HIPAA, autorizo a Elica Health Centers** a actualizar y compartir mi información de salud de acuerdo con los cambios que he indicado anteriormente. Esta autorización reemplaza cualquier autorización previa que haya otorgado para compartir mi información de salud protegida y se aplica únicamente a la información y a las personas indicadas en este formulario.

Esta autorización para compartir su información de salud privada vencerá un **(1) año a partir de la fecha de firma de este formulario de divulgación/no divulgación de HIPAA** o cuando ocurra (describa el evento de terminación):

<b>Nombre y apellido del paciente (en letra de molde)</b> Print First and Last Name of Patient	<b>Relación con el paciente (p. ej., el propio paciente, padre, tutor)</b> Relationship to Patient (e.g., self, parent, guardian)
<b>Firma del Paciente/Guardián (Signature of Patient / Guardián)</b>	<b>Fecha (Date)</b>

Office Use Only	
Effective Date:	Updated By: