

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) - HIPAA

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			
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de Nacimiento:

Preferencias de Comunicación: Tipo de comunicación que prefiere y qué información podemos compartir (aplicable a tarifas de datos)					
	Correo	Teléfono	Texto	Correo Electrónico	Portal
Tareas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Noticias y Anuncios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuestionarios				<input type="checkbox"/>	
Gestión de Cuentas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Telemedicina				<input type="checkbox"/>	
Citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facturas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Comunicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.

<p>Persona #1 Nombre y Apellido: _____ Relacion: <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.</p> <p style="text-align: center;">O</p> <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.	<p>Persona #2 Nombre y Apellido: _____ Relacion: <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.</p> <p style="text-align: center;">O</p> <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.
<p>Persona #3 Nombre y Apellido: _____ Relacion: <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.</p> <p style="text-align: center;">O</p> <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.	<p>Persona #4 Nombre y Apellido: _____ Relacion: <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.</p> <p style="text-align: center;">O</p> <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 vencerá un **(1) año a partir de la fecha de firma** o al producirse (describa el evento de terminación): _____

Nombre y Apellido del Paciente (en letra de molde) (Print First and Last Name)	Relación con el Paciente (p. ej., el propio paciente, padre, tutor) (Relationship to Patient)
Firma del Paciente / Guardián (Signature of Patient / Guardián)	Fecha (Date)

OFFICE USE ONLY
Effective Date: _____ Updated By: _____