

Autorización para el Acceso a Información Confidencial sobre la Salud

Yo, _____, autorizo el acceso a información confidencial acerca de mi salud¹ como se describe en este documento. Entiendo que esta autorización es voluntaria y su objeto es confirmar mi voluntad. Entiendo que, si la(s) persona(s) u organización(es) que autorizo para recibir información confidencial acerca de mi salud no están sujetas a las leyes federales o del estado² sobre confidencialidad de la información relativa a la salud, las revelaciones posteriores hechas por dicha(s) persona(s) u organización(es) pueden no estar protegidas por esas leyes.

1. Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(es) a que tenga(n) acceso a información confidencial sobre mi salud (como se especifica más abajo):

Nombre(s): _____

Organización(es): _____

Dirección: _____

2. Autorizo a la(s) siguiente(es) persona(s) u organizaciones para recibir información confidencial acerca de mi salud cuando sea revelada por la(s) persona(s) u organización(es) mencionadas arriba.

Consolidated Benefits Resources, L.L.C.
P.O. Box 581630, Tulsa, OK 74158-1630

3. Descripción específica de la información confidencial acerca de mi salud que autorizo sea revelada:
Notas de tratamiento, resultados de exámenes de diagnóstico, notas de historial/chequeo médico, informes narrativos, datos de facturación.
4. Descripción específica del propósito para cada uso o acceso a información confidencial:
Beneficios de Compensación para Trabajadores
5. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, exceptuando los casos en que la(s) persona(s) u organización(es) mencionadas arriba hayan tomado medidas basándose en esta autorización.
6. Entiendo que la información dada a conocer puede incluir información que puede indicar la presencia de enfermedades transmisibles o venéreas, las cuales incluyen, pero no están limitadas a, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de inmunodeficiencia humana, también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (“SIDA”).

He tenido la oportunidad de leer y examinar el contenido de esta autorización. Confirmando que su contenido está de acuerdo con mi voluntad.

Firma: _____ Fecha _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ N.º de Seguridad Social: _____

Parentesco o Autoridad del Representante Personal (si aplica) _____

Esta Autorización para revelar información confidencial sobre mi salud constituye una renuncia al privilegio por 76 O.S. §19. Las copias fotostáticas de esta Autorización tienen la misma validez legal que el original.

¹ La Protección de la Información de la Salud (“PHI”) es información sobre la salud que es creada o recibida por un proveedor del cuidado de la salud, plan de salud, o cámara de compensación del cuidado de la salud que se relaciona con: 1) la salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo; 2) la atención del cuidado de la salud de un individuo; ó 3) el pago pasado, presente o futuro por la atención del cuidado de la salud de un individuo. Para estar protegida, la información debe ser tal que identifica al individuo o provee una base razonable para creer que la información pueda identificar al individuo. 45C.F.R.164.508

² Estas leyes aplican en los planes de salud, los proveedores del cuidado de la salud, y las cámaras de compensación del cuidado del la salud.