Patient Name

UCI Health

Divulgación de mi información médica
Lenguaje simple- Autorización de HIPAA para divulgar información de salud

Sharing My Medical Information-Divulgación de mi información médica

(*Autorización de HIPAA para divulgar información de salud en lenguaje simple*)

Mi información

Mi nombre: _____ **Mi** fecha de nacimiento: _____

Mi dirección: _____

Ciudad: _____Estado: _____ Código postal: _____

Mi número de teléfono: (_____) _____-_____

Mi doctor

El consultorio de mi doctor u hospital se llama: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Mis doctores y otros profesionales de salud toman notas sobre mí con relación a mi tratamiento y documentan cualquier prueba que se haya llevado a cabo.
Estas notas se conocen como **registros médicos o registros**.

Deseo compartir mis registros para:
_____Mi uso personal _____ Que mi(s) padre(s) o persona de apoyo pueda ayudarme

Otro (sírvase indicar) _____

La persona que puede ver y tener copia de mis registros es:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____-_____

Correo electrónico: _____ @ _____. _____

Divulgación de mi información

Esta persona puede ver:
Marque todos los casilleros de los registros que quiere que se divulguen.

☐ Todos mis registros médicos.

La siguiente información confidencial no será divulgada *salvo* que esté marcada:

☐ Tratamiento de drogas / abuso de alcohol
☐ VIH
☐ Información genética
☐ Todos mis archivos sobre salud mental / psiquiátricos.

☐ Solo algunos registros.
Los únicos registros que esta persona **puede ver** y tener copias son:

_____
_____
_____

Esta persona puede ver mis registros hasta esta fecha: _____, o por 5 años, al menos que yo firme un formulario que indique que esta persona ya no puede ver mis registros.

Sé que no tengo que compartir estos registros. Mis doctores y otros proveedores de cuidados de salud me proporcionarán tratamiento aun si no firmo este acuerdo.

-Sé que puedo cancelar este acuerdo en cualquier momento si firmo y presento un formulario al consultorio de mi doctor. Si cancelo este acuerdo, sé que los registros que ya se hubieran divulgado no serán devueltos.

-Mis doctores y otros proveedores de cuidados tienen que ser muy cuidadosos con mis registros médicos. Ellos no pueden compartir mis registros con otras personas salvo que yo esté de acuerdo. La con quien estoy compartiendo mis registros no puede compartirlos con otros salvo que yo esté de acuerdo. Si yo compartiera mis registros con alguien que no es un doctor, esa persona podría no estar obligada a mantener privacidad sobre mis registros.

-Confío en la persona con la que estoy compartiendo mis registros.

Mi firma:

Mi firma: _____

La fecha de hoy es: _____

Firma de mi representante (si se requiere)

_____Fecha: _____Hora: _____a.m./p.m.
Firma del representante del paciente

Relación con el paciente_____ Razón de la firma de una persona distinta al paciente: _____

_____ _____
Firma del testigo Nombre del testigo en letra de molde

Fecha: _____ Hora: _____ a. m. / p. m.

Si hubo intérprete: _____ _____ Fecha: _____

Hora: _____ a. m. / p. m. Idioma

□ Por teléfono □ Video Intérprete **o N˚** de identificación