

# Autorización para permitir la divulgación de información médica

## AUTORIZACIÓN PERMANENTE

### 1. Paciente o Representante Autorizado:

Fecha de la solicitud:	Mes:	Día:	Año:
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
Nombre preferido:			
Fecha de nacimiento:	Mes:	Día:	Año:
Ap: N°:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Los registros deben ser: <input type="checkbox"/> Enviados por correo a la dirección indicada anteriormente <input type="checkbox"/> Enviados por correo/fax a la agencia seleccionada en la sección 3 <input type="checkbox"/> Dejadados en WWH/Recogidos: <input type="checkbox"/> 1525 <input type="checkbox"/> MRC			
Teléfono diurno:		Dirección de correo electrónico:	

### 2. Solicito que mi información médica sea divulgada de al menos uno de los siguientes:

<input type="checkbox"/> Georgetown University Hospital	<input type="checkbox"/> INOVA Health Systems	<input type="checkbox"/> United Medical Center
<input type="checkbox"/> George Washington University Hospital	<input type="checkbox"/> Providence Hospital	<input type="checkbox"/> Washington Hospital Center
<input type="checkbox"/> Howard University Hospital	<input type="checkbox"/> Sibley Memorial Hospital	<input type="checkbox"/> Whitman-Walker Health
<input type="checkbox"/> Holy Cross Medical Center	<input type="checkbox"/> Southern Maryland Hospital	<input type="checkbox"/> Whitman-Walker Health Legal Services

### O Persona/Entidad/Organización no mencionada anteriormente:

Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:
Fecha máxima en que se necesita la información:	Formato preferido: <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Thumbdrive <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Email	

### 3. Solicito que mi información médica sea enviada a:

<input type="checkbox"/> Georgetown University Hospital	<input type="checkbox"/> INOVA Health Systems	<input type="checkbox"/> Southern Maryland Hospital
<input type="checkbox"/> George Washington University Hospital	<input type="checkbox"/> Providence Hospital	<input type="checkbox"/> United Medical Center
<input type="checkbox"/> Howard University Hospital	<input type="checkbox"/> Yo mism(a)/Paciente	<input type="checkbox"/> Washington Hospital Center
<input type="checkbox"/> Holy Cross Medical Center	<input type="checkbox"/> Sibley Memorial Hospital	<input type="checkbox"/> Whitman-Walker Health
		<input type="checkbox"/> Whitman-Walker Health Legal Services

# Autorización para permitir la divulgación de información médica

## AUTORIZACIÓN PERMANENTE (CONTINUACIÓN)

Persona/Entidad/Organización no mencionada anteriormente:

Nombre:				<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Thumbdrive <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Email			
Dirección:							
Ciudad:			Estado:		Código postal:		
Teléfono:			Fax:			Correo electrónico:	
Fecha máxima en que se necesita la información:				Formato preferido: <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Thumbdrive <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Email			

### 4. Motivo(s) para la divulgación de la información:

<input type="checkbox"/> Continuidad de atención	<input type="checkbox"/> Representación legal	<input type="checkbox"/> Transferencia de atención
<input type="checkbox"/> Solicitud o apelación de discapacidad	<input type="checkbox"/> Cita médica	<input type="checkbox"/> Verificación de estado
<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____
<input type="checkbox"/> Cambio de marcador de género legal	<input type="checkbox"/> Escuela	

### 5. Información a ser divulgada:

<input type="checkbox"/> Formulario 719A	<input type="checkbox"/> Formularios de seguro	<input type="checkbox"/> Formularios de Metro Access
<input type="checkbox"/> Formulario de marcador de género	<input type="checkbox"/> Formularios de Medicaid/ discapacidad de la IDA*	<input type="checkbox"/> Formularios de Seguridad Social/ Discapacidad
<input type="checkbox"/> Carta sobre el tratamiento (describa): _____		

\*WWH posee un departamento de beneficios públicos que puede ayudarlo con todas las opciones de seguro público, entre ellas Medicaid, ADAP y MADAP

Para solo divulgar partes específicas de su información médica, indique las categorías a ser divulgadas:

<input type="checkbox"/> Todas las fichas clínicas	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Registros de facturación	<input type="checkbox"/> Resultados de prueba de laboratorio:	<input type="checkbox"/> Notas de progreso
<input type="checkbox"/> Otra información o instrucciones: _____		

Su registro médico puede contener información a la que se le otorga un mayor nivel de confidencialidad.

WWH no divulgará los registros indicados anteriormente a menos que usted **COLOQUE SUS INICIALES EN EL BLOQUE** que está al lado del tipo de información que desea que se divulgue:

Información de VIH \_\_\_\_\_ Información de tratamiento de drogadicción/alcoholismo \_\_\_\_\_ Información de salud mental/comportamental \_\_\_\_\_

Me niego a colocar mis iniciales arriba \_\_\_\_\_ Si la sección anterior no aplica a usted, coloque sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_

# Autorización para permitir la divulgación de información médica

## AUTORIZACIÓN PERMANENTE (CONTINUACIÓN)

### 6. La información médica incluye información verbal y escrita:

Al colocar sus iniciales aquí\_\_\_\_, usted reconoce que la divulgación de su información médica puede realizarse en forma verbal y/o por escrito.

### 7. Comprendo que:

Whitman-Walker Health no se negará a darme tratamiento si me niego a firmar esta Autorización. Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito a la WWH, a menos que Whitman-Walker Health ya haya tomado acciones basándose en esta Autorización, o a menos que esta Autorización se dé como condición para obtener una cobertura de seguro y la aseguradora posea ciertos derechos legales a disputar la póliza o un reclamo bajo la póliza.

Esta autorización permanecerá vigente por un período de un año (a partir de la fecha de mi firma a continuación), a no ser que yo la revoque antes de que se divulgue mi información.

La información divulgada con base en esta Autorización podrá ser divulgada nuevamente por la entidad o persona que recibió la información. Una vez divulgada, es posible que la información ya no esté protegida bajo leyes Federales o Estatales de privacidad.

Puedo inspeccionar o copiar la información médica que se divulgará, usará y/o transmitirá de conformidad con este Formulario de Autorización.

El uso o la divulgación de información obtenida o divulgada de conformidad con esta Autorización puede generar un pago directo o indirecto a WWH o a terceros, incluyendo cargos por copiado. La divulgación no autorizada de información sobre salud mental viola las disposiciones de la Ley de Información sobre Salud Mental del Distrito de Columbia. Solo se podrán realizar divulgaciones de conformidad con la Ley. La Ley establece daños civiles y multas penales por violaciones (Código D.C. § 6-2004 (1995)).

Si los registros o la información divulgados son sobre tratamiento por alcoholismo o drogadicción, mis registros también están protegidos por la ley federal y normas relacionadas con la "confidencialidad de registros de pacientes adictos al alcohol o las drogas" (42 C.F.R. Parte 2, 42 U. S. C. § 290dd-2). Puede existir un cargo por los registros solicitados.

### 8. Firma del paciente:

Al firmar este formulario, acepto haber leído y comprendido el contenido de este formulario:

<b>Paciente o Representante:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Relación con el Paciente (si el solicitante no es el paciente)</b>	

WWH comprende la importancia de su solicitud y hace todo lo posible por procesarla con la mayor rapidez posible en el orden en el que su solicitud fue recibida. Por favor, complete la sección "Fecha máxima en que se necesita la información" de este formulario para indicar si se necesita la información dentro de un plazo específico y haremos todo lo posible para satisfacer sus necesidades. Tenga en cuenta que bajo la HIPAA, WWH tiene treinta (30) días para procesar las solicitudes. Aviso a la Persona o Entidad autorizada a recibir registros sobre alcoholismo y drogadicción

# **Autorización para permitir la divulgación de información médica**

## **AUTORIZACIÓN PERMANENTE (CONTINUACIÓN)**

De conformidad con este Aviso: Esta información le ha sido divulgada a usted a partir de registros protegidos por Normas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2) relacionados con la confidencialidad de los registros sobre alcoholismo y drogadicción. Las normas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información, salvo que dicha divulgación adicional esté expresamente permitida por consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permita 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para esta finalidad. Las normas federales también restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente de WWH debido a alcoholismo o drogadicción.