COMPREHENSIVE CLINICAL SERVICES, P.C.

Main Office: 2340 S. Highland Ave, Ste 300, Lombard IL 60148
Phone # 630.261.1210 - Fax # 630.261.1211 - Discoverccs.org

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Este formulario se utiliza para autorizar la divulgación de información de salud protegida de acuerdo con la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA).

La cumplimentación de este documento autoriza la divulgación y/o uso de información de salud sobre usted. La falta de proporcionar toda la información solicitada podría invalidar esta autorización.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Por la presente, autorizo a: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

A divulgar a: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

A. La siguiente información debe ser divulgada (Marque lo que corresponda):
   - ❑ Registro completo - Fecha de servicio: _____
   - ❑ Evaluación/historia y examen físico - Fecha de servicio: _____
   - ❑ Resumen de alta – Fecha de servicio: _____
   - ❑ Pruebas de laboratorio - Fecha de servicio: _____
   - ❑ Otro (Especifique la información necesaria y las fechas de servicio, si se conocen): _____

B. Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (Marque lo que corresponda):
   - ❑ Información de tratamiento de salud mental
   - ❑ Notas de psicoterapia de salud mental
   - ❑ Información de tratamiento de alcohol/drogas
   - ❑ Información/genética de pruebas

Se requieren iniciales del paciente:

_____ Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información sobre servicios de salud mental o comportamentales y tratamiento para abuso de alcohol o drogas. Entiendo que al firmar esta autorización, estoy autorizando la divulgación de dicha información a menos que se especifique lo contrario arriba.

_____ Esta autorización es válida durante dos años a partir de la fecha de firma.

_____ Cualquier facsímil, copia o fotocopia de esta autorización lo autorizará a divulgar los registros solicitados aquí.

Main Office: 2340 S. Highland Ave, Ste 300, Lombard IL 60148
Phone # 630.261.1210 - Fax # 630.261.1211 - Discoverccs.org

El propósito de la divulgación de información es:

- ❑ Seguro u otro reembolso de terceros
- ❑ Continuidad de la atención médica
- ❑ Acción legal pendiente
- ❑ A solicitud del paciente
- ❑ Otro (Especificar): _____

RESTRICCIONES

Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente podría ser rediscutida y ya no estar protegida por estas regulaciones. Sin embargo, al receptor se le puede prohibir la divulgación de información sobre el abuso de sustancias según los Requisitos Federales de Confidencialidad sobre Abuso de Sustancias.

Comprendo que la oficina y sus empleados tienen la responsabilidad de mantener la confidencialidad de los expedientes médicos en su posesión. Entiendo que una vez que la información se divulgue, el receptor puede rediscutirla y la información podría no estar protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad. La oficina no será responsable por ninguna divulgación posterior de la información de salud por parte del receptor. Libero a Comprehensive Clinical Services, P.C., a sus contratistas independientes y empleados de cualquier responsabilidad que pueda surgir como resultado de cualquier divulgación posterior de mi información de salud por parte del receptor.

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para recibir tratamiento, pago o elegibilidad de beneficios.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me pide permitir el uso o la divulgación.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentarla en la siguiente dirección: Comprehensive Clinical Services, P.C., 2340 S Highland Ave, Ste. 300, Lombard, IL 60148.

Mi revocación tendrá efecto a partir de la recepción, excepto en la medida en que otras personas hayan actuado basándose en esta autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

La información divulgada de acuerdo con esta autorización podría ser rediscutida por el receptor y ya no estar protegida por HIPAA.

Main Office: 2340 S. Highland Ave, Ste 300, Lombard IL 60148
Phone # 630.261.1210 - Fax # 630.261.1211 - Discoverccs.org

FIRMAS

_____

Firma del Paciente/Representante Legal Fecha

_____

Nombre impreso del Paciente/Representante Legal

_____

Relación del Representante Legal con el Paciente

_____

Firma del Testigo Fecha

_____

Nombre impreso del Testigo