

Physician Group OF UTAH, INC.

Autorización de uso y revelación de información médica protegida

Nombre del paciente: _____
(En letra de imprenta) (Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ Núm Seguro Social: _____

Autorizo a _____ a revelar información médica protegida a:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Propósito del uso/revelación: _____

Fecha(s) del servicio que se usará/revelará: _____

Información que se usará/revelará (marcar todas las opciones aplicables):

- Totalidad de los registros médicos Registros de la sala de emergencias Resumen de alta Historia médica y exámenes físicos
- Informe(s) de consultas Informes de operaciones/procedimientos Informes de laboratorio Informes de patología
- Informes/Placas de radiología Otro _____

Autorización específica para dar a conocer registros confidenciales

Entiendo que esta autorización incluye el uso/revelación de (marque con sus iniciales):

_____ Registros sobre abuso de alcohol y/o drogas _____ Registros de salud mental
_____ Información sobre enfermedades de transmisión sexual _____ Información de HIV/SIDA

*Esta información corresponde a registros cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las normas federales prohíben la divulgación ulterior de esta información sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a la que pertenece, o según dichas normas lo dispongan de otra manera. Una autorización general NO es suficiente para este propósito.

- Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, salvo que Physician Group of Utah ya haya hecho uso de esta autorización.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización enviando una notificación por escrito al Director de Cumplimiento Regional y Privacidad, por correo postal a Physician Group of Utah 406 W. South Jordan Parkway, South Jordan, Utah 84095 o por fax a 801-984-3481, indicando mi intención de revocar esta autorización.
- A menos que se revoque de otra manera, entiendo que no hay una fecha o evento específicos que marquen el vencimiento de esta autorización, a menos que se indique específicamente aquí: Vencimiento: _____.
- Entiendo que Physician Group of Utah no puede imponer como condición para el tratamiento, pago, inscripción o calificación para beneficios el que se complete este formulario de autorización.
- Entiendo que la información que se revela puede volver a ser revelada por quien la reciba y en ese caso posiblemente ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad, si quien la recibe no es una "entidad cubierta".

FIRMA _____ FECHA _____
(Paciente o representante legal del paciente)

Nombre en letra de imprenta del representante legal: _____

Autoridad del representante legal para actuar en nombre del paciente: _____

NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD. GRACIAS POR SU ATENCIÓN.