HealthPoint
Family Care

AUTORIZACIÓN DE DAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISP)

Sección A: Para el uso o divulgación de su ISP, (rellenar completo para cualquier autorizacion)

Por este medio autorizo el uso o divulgación de mi informacion de salud. Yo entiendo que esta autorizacion es voluntaria. Yo entiendo que por razones requeridas la informacion usada o divulgada puede ser divulgada por otras personas u organizaciones que reciban esta informacion y que pueden no estar debajo de la protección de los reglamentos federales.

Nombre del paciente:_____Fecha de nacimiento:_____Numero de seguro social:_____

Marque la razón de su solicitud:

☐ **Se va a una nueva área** ☐ **Cambio de seguro medico** ☐ **Medico dejando la practica** ☐ **Petición de un especialista**

Insatisfecho con los servicios de: ☐ **Médico** ☐ **Empleados** ☐ **Cobros** ☐ **Otra razón**: _____

PARA: Yo autorizo las siguientes personas/organizaciones a solicitar mi información de salud privada (ISP).

_____

_____

_____

_____

DE: Yo autorizo las siguientes personas/organizaciones a comunicar mi información de salud privada (ISP)

_____

_____

_____

_____

Descripción especifica de la informacion que va a ser divulgada: **Fechas de Servicio:** _____

☐ **Copia de expediente completa** ☐ **Copia de las notas de progreso** ☐ **Copia de resultados de laboratorios**

☐ **Copia del reporte de radiografías** ☐ **Vacunas y grafico de crecimiento** ☐ **Lista de problemas, medicamentos, historial medico y físico**

☐ **Otro:** _____

Aviso: Informacion sobre Salud Mental y VIH/SIDA solamente será divulgada si es específicamente solicitado

Sección B: Si un plan de salud o proveedor de salud esta solicitando la autorizacion es necesario lo siguiente:

El propósito del uso o divulgación de esta informacion? _____

Si el plan de salud o el proveedor de salud recibirá compensación financiera por el uso o divulgación de el ISP? _____ SI _____ NO

Yo entiendo que puedo leer y recibir copia de el ISP y después de firmar recibiré copia de esta forma. _____
Iniciales

Sección C: Derechos y Firmas (Rellenar para todas las autorizaciones)

Yo entiendo que mi cuidado o pagos de salud, no será afectado sin no firmo esta forma.

Yo entiendo que esta autorizacion expirara el __/__/____ o cuando ocurra _____.
Mm dd Año Evento

Yo entiendo que puedo cancelar cualquier autorización que haya dado, pidiéndolo por escrito, pero si lo hago no va ser dado antes de que HealthPoint Family Care (HPFC) reciba la notificación. La notificación de la cancelación por escrito debe de ser efecto enviada a: Compliance Officer de HealthPoint Family Care, 1401 Madison Ave, Covington, KY 41011.

Yo entiendo que **PUEDO NEGARME A FIRMAR ESTA AUTORIZACION.**

_____ _____
Firma del paciente o representante legal Fecha

Nombre del representante legal: _____

Como es usted el representante legal del paciente? _____