



EPISCOPAL HEALTH SERVICES INC.



HIM.240

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

PATIENT ID

Información del paciente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Telefono: _____

Definición: "Información de salud": Se refiere a información de identificación individual (pasada, presente o futura) que crea, recopila, transmite o mantiene Episcopal Health Services Inc. ("EHS") en relación con su estado de salud, afección o tratamiento.

Sección 1: Información, riesgos, beneficios y alternativas

TIPO DE SOLICITUD:

- Copias de información de salud/Historial médico Inspección in-situ de información de salud
- El uso o la divulgación de mi información de salud

TIPO DE INFORMACIÓN DE SALUD (seleccione "Toda la información de salud" O la que sea aplicable):

- Toda la información de salud** Info. de atención ambulatoria (emergencia/clínica) Info. de atención hospitalaria Resumen de alta
- Info. sobre facturación/reclamaciones/pagos Pruebas/Informes (por ej., rayos x, análisis de laboratorio) Otra: _____

La siguiente información de salud no se divulgará a menos que seleccione específicamente cada tipo a continuación:

- Información de trastorno de uso de sustancias Información de salud mental (excepto notas de psicoterapia)
- Información sobre pruebas genéticas Información sobre tratamiento del VIH/SIDA

DE: **EHS** **OTRA INSTITUCION:** _____

AL SIGUIENTE INDIVIDUO O ENTIDAD (incluido usted):

Nombre de la persona/Entidad: _____

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

RANGO DE FECHAS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD (si aplica): **Desde:** _____ **hasta** _____

PROPÓSITO:

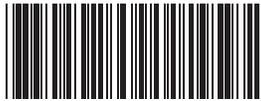
- Marketing Recaudación de fondos Asuntos/propósitos legales Medios (por ej. impresos, radio, TV, web o redes sociales)
- Entrenamiento y educación (por ejemplo, sesiones, revistas, conferencias, artículos o presentaciones de carteles)
- Fines de aplicación de la ley que requieren autorización/aviso (por ejemplo, denunciar un delito, violencia doméstica, etc.)
- A mi solicitud (otro, no especificado o elige no proporcionar un propósito específico)

MEDIOS DE INFORMACIÓN DE SALUD QUE SE PRETENDEN UTILIZAR O DIVULGAR (seleccione todos los que correspondan):

Impreso/Electrónico Fotos/Imágenes Grabaciones audiovisuales/Filmación Otros: _____

Detalles (si aplica): _____

-Continúa en el reverso-



HIM.240

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

PATIENT ID

Sección 2: Solicitudes de copias solamente

FORMATO: Impreso CD Correo electrónico

Tenga en cuenta que los CD no están encriptados ni protegidos con contraseña y que es mi responsabilidad proteger la información en el CD. Tenga en cuenta que existen riesgos asociados con el envío de correos electrónicos con esta información, ya que estos métodos no se consideran seguros. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que incluya en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por terceros, además de la persona a la que está dirigida.

MÉTODO DE ACCESO Recogida/en persona Correo a la dirección antes mencionada Envíe por fax a la persona/entidad al: _____

Correo electrónico al Individuo designado/Entidad antes indicada a: _____

AVISO IMPORTANTE PARA PACIENTES

A menos que se revoque por escrito, esta autorización, que cubre el uso o la divulgación de mi información de salud, vencerá a los tres (3) años a partir de la fecha de mi firma a continuación.

Entiendo que, en algunas situaciones, mi información de salud podría volver a divulgarse y dejar de estar protegida por las reglamentaciones federales de privacidad de la información de salud y que es posible que la ley no exija a los destinatarios descritos en este formulario que protejan la privacidad de esta información. Si autorizo el uso o la divulgación de información sobre el trastorno por uso de sustancias, relacionada con un individuo o programa de tratamiento por uso de alcohol o drogas con financiación estatal o federal, los destinatarios tienen prohibido usar o volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que la ley federal o estatal lo permita.

Si autorizo el uso o la divulgación de información relacionada con el tratamiento del VIH/SIDA, se prohíbe a los destinatarios usar o volver a divulgar, y en algunos casos acceder a dicha información sin mi autorización, a menos que la ley federal o estatal lo permita. También entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de aquellos que pueden recibir o usar mi información sobre el tratamiento del VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido al uso o divulgación de información relacionada con el tratamiento del VIH/SIDA, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del estado de Nueva York al 212-480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al 212-306-7450 responsable de proteger mis derechos. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería tener acceso a su información médica a través de un intercambio de información de salud (HIE), comuníquese con EHS, el HIE directamente o llame al Departamento de Salud del estado de Nueva York al 518-474-4987. Además, puede comunicarse con el Departamento de Cumplimiento y Privacidad de St. John's Episcopal Hospital, 327 Beach 19th Street, Far Rockaway, Nueva York, NY 11691, llamando al 718-869-5711 o por correo electrónico a compliance@ehs.org o envíe una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. llamando al 1-877-696-6775.

Entiendo que tengo derecho a una copia de este formulario, así como a negarme a firmarlo y que mi atención médica, tratamiento, pago o beneficios no se verán afectados por ninguna decisión ni me impedirán acceder a mi información de salud.

Entiendo que tengo derecho a acceder a mi información de salud en el formato solicitado y que si, por alguna razón, EHS no puede disponer de él, se me notificará dentro de un plazo oportuno y se harán los arreglos para proporcionarla en un formato alternativo y mutuamente acordado. Entiendo que si solicito inspeccionar mi información de salud, el Departamento de Gestión de Información de Salud es responsable de realizar los ajustes razonables para hacerlo. Entiendo que si solicito copias de mi información de salud, es posible que se me cobre un costo razonable por dicha solicitud y que se me proporcionarán los costos estimados antes de que se me cobre. Mi incapacidad para pagar no podría utilizarse como motivo para rechazar una solicitud.

Entiendo que EHS puede recibir una remuneración financiera de un tercero por la comercialización de productos o servicios relacionados con el uso y la divulgación de mi información de salud con fines de comercialización.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que EHS ya haya actuado en base a mi solicitud o que la autorización se haya obtenido como condición para obtener cobertura de seguro. Entiendo que si elijo revocar o de otra forma cambiar esta autorización, debo completar un nuevo formulario. Entiendo que es mi responsabilidad ponerme en contacto con el respectivo Departamento de Gestión de Información de Salud con respecto a cualquier pregunta o inquietud que pueda tener sobre este formulario.

Nombres y firmas

NOMBRE DEL PACIENTE O AGENTE/TUTOR/REPRESENTANTE EN LETRA IMPRENTA

FIRMA DEL PACIENTE O AGENTE/TUTOR/REPRESENTANTE

HORA Y FECHA

Si un agente, tutor o representante firma este formulario, complete la información a continuación.

RELACIÓN/FACULTAD PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE:

DIRECCIÓN Y N.º TELEFÓNICO:

Información del intérprete (Si aplica)

NOMBRE EN IMPRENTA O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL INTÉRPRETE

HORA Y FECHA

IDIOMA PREFERIDO/MÉTODO UTILIZADO

COMPAÑÍA/AFILIACIÓN