



Autorización de divulgación de Información de Salud

Dirección de respuesta

1. Le pido a _____ que complete este formulario por mí. _____
 (Nombre de la persona que completa el formulario) (Firma del paciente / representante personal)
2. Yo _____ autorizo al DHEC para que permita que _____ me acompañe durante mi cita en _____, y entiendo que durante esta cita se pueden tratar temas confidenciales de salud.
3. Yo _____ autorizo a _____ para que dé a conocer a _____ la siguiente información confidencial de salud, contenida en los registros médicos de _____.
 Nombre del Paciente Fecha de nacimiento
 Iniciales del Paciente, todas las que apliquen. (Marcar "TODOS" bajo un tipo de servicio, incluye resultados de laboratorios para ese tipo de servicio.)

Tipo de Servicio	Iniciales	Todos	Detalle	Tipo de Servicio	Iniciales	Todos	Detalle
Abuso de alcohol / otras sustancias				Salud Mental			
CSHCN				Visita a Domicilio de Recién Nacido			
Planeación Familiar				Alianza Enfermero Familia			
VIH / SIDA				ETS			
Salud en el Hogar				Tuberculosis			
Inmunizaciones				MBN			
Pruebas de laboratorio/ diagnóstico				Otros			

NO quiero que la siguiente información sea dada a conocer:

4. Propósito para la divulgación de información: (Iniciales del paciente **una**) _____ / _____ (Iniciales del paciente personal; o _____ legal; u otros (escriba el propósito para revelar la información y sus iniciales) _____)
5. Esta autorización tendrá vigencia hasta: (Iniciales del paciente **uno**) _____ Un año a partir de hoy; o _____ hasta ser dado de alta del Programa; u Otros (el paciente escribe una fecha o evento específico y sus iniciales) _____
 Entiendo que una copia de esta autorización puede ser tratada como original.
6. Usted puede revelar información confidencial sobre mi salud a la persona o entidad mencionada en el punto 3 anterior, de la siguiente manera:
 a) Vía fax _____ (Escriba aquí las iniciales del paciente) Número de fax _____
 b) Por correo electrónico _____ (Escriba aquí las iniciales del paciente) Correo electrónico _____
 c) Por correo postal _____ (Escriba aquí las iniciales del paciente) Dirección postal _____
 Entiendo que mi confidencialidad no se puede garantizar al enviar mis datos por estos medios.

7. Firma del paciente o representante personal _____ Fecha _____ Testigo - **SÓLO** si el paciente no puede firmar o firma con una "X" _____ Fecha _____
 (Nombre impreso del Paciente) Relación con el Representante Personal (si está firmado por el representante personal)

Entiendo que puedo pedir ver o recibir una copia de mi información antes de que sea revelada. Entiendo que la persona que recibe la información dada a conocer tras mi solicitud puede divulgarla y ya no podrá estar protegida por las leyes estatales o federales. Entiendo que el DHEC no puede condicionar el tratamiento, la vinculación o elegibilidad de beneficios si me niego a firmar esta autorización; sin embargo, entiendo que probablemente no sea elegible para los servicios de algunos programas si me niego a permitir la divulgación de información necesaria para el tratamiento, pago, vinculación o elegibilidad para beneficios.

Copia de este formulario proporcionada al Paciente o Copia Rechazada o Copia enviada por correo postal al paciente

8. Revocación de esta autorización: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al firmar a continuación, excepto cuando la información ya haya sido revelada en virtud de esta autorización o para obtener beneficios de seguridad.

 (Paciente/representante autorizado) Fecha: _____
 _____ (Testigo: Requerida si el paciente no puede firmar o firma con una "X" Fecha: _____)

(Aquí se puede usar la etiqueta del paciente)

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____

Información revelada a:**Información revelada/Firma/Fecha:**

1. Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
Otros: _____

1. _____

2. Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
Otros: _____

2. _____

3. Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
Otros: _____

3. _____

4. Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
Otros: _____

4. _____

5. Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
Otros: _____

5. _____

6. Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
Otros: _____

6. _____

7. Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
Otros: _____

7. _____

8. Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
Otros: _____

8. _____

9. Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
Otros: _____

9. _____

10. Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
Otros: _____

10. _____

(Aquí se puede usar la etiqueta del paciente)

Número de registro de salud del paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Instrucciones para completar la autorización de divulgación de información de salud DHEC #1623

Propósito: este formulario se utiliza para obtener la autorización del paciente, padre o guardián legal para dar a conocer información de salud de una entidad a otra. (Del DHEC a otra entidad o de otra entidad al DHEC). Otra entidad puede requerir que usemos su formulario de autorización para revelar información de sus registros.

Nota: la información secundaria (información no elaborada por el DHEC registrada en nuestros registros) se dará a conocer si el paciente nos pide que lo hagamos o si es necesaria para proseguir con el cuidado del paciente. Si la información secundaria está marcada como "no divulgar", ésta debe ser divulgada por la entidad que generó dicha información, no el DHEC.

Instrucciones punto por punto:

1. Si el paciente solicita asistencia para llenar este formulario, escriba el nombre de la persona que ayuda, y el paciente debe firmar aquí.
2.
 - a) Escriba el nombre del paciente que solicite contar con un acompañante durante la visita al DHEC.
 - b) Escriba el nombre del acompañante del paciente.
 - c) Escriba la fecha de la visita. Si esta es la única solicitud del paciente, entonces proceda al punto 7.
3.
 - a) Escriba el nombre de la persona que autoriza la divulgación de información de salud. (Paciente, padre o guardián legal)
 - b) Escriba el nombre de la entidad que da a conocer la información (si el DHEC es quien divulga la información, escriba DHEC. Si es otra entidad la que está usando este formulario para divulgar su información al DHEC, el nombre de dicha entidad debe escribirse aquí.)
 - c) Escriba el nombre del paciente cuya información de salud está siendo revelada. Si este es el mismo nombre escrito en el punto 3a) anterior, puede escribir "yo mismo", en lugar de volver a escribir el nombre.
 - d) Escriba el nombre de la entidad a la que se están dando a conocer los registros (si el DHEC está revelando la información, escriba el nombre de la entidad a la que el DHEC le está revelando la información. Si otra entidad está usando este formulario para dar a conocer información de salud de sus registros al DHEC, escriba DHEC.)
 - e) El paciente escribe sus iniciales en la casilla junto a los registros que se van a dar a conocer. Al marcar "todos" los registros para un área de programa, esto incluye resultados de laboratorio para esa área del programa. Si sólo se va a dar a conocer parte del registro de un área del programa, enumere las secciones del registro que se van a dar a conocer y haga que el paciente escriba sus iniciales. **Los registros de planificación familiar de menores no se deben dar a conocer sin la autorización del menor, a menos que se reciba una orden judicial válida.** La información sobre VIH o enfermedades de transmisión sexual no se puede dar a conocer sin que el paciente escriba sus iniciales en esa área del programa y marque "todos" los registros o proporcione más explicaciones en la columna "detalle".

Si esta versión se utiliza para enviar información de salud a más de una entidad (cuando sea permitido), escriba "vea el respaldo de este formulario # 1 - # X". (Por ejemplo, si la información se enviará a 3 entidades diferentes, escriba "vea el respaldo de este formulario # 1- # 3"). **La información dada a conocer y el propósito de dicha divulgación deben ser iguales para cada entidad, de lo contrario se deben completar autorizaciones independientes para cada una de las entidades.**

- f) Si el paciente no quiere que cierta información sea dada a conocer, puede especificarlo aquí, y escribir sus iniciales.
 - g) Si la autorización solicita dar a conocer "notas de psicoterapia", esto no se puede combinar con ninguna otra autorización de divulgación de información de salud. (Las autorizaciones para dar a conocer notas de psicoterapia deben ser independientes de todas las demás.)
4. Propósito para dar a conocer información- el paciente escribe sus iniciales en el propósito para dar a conocer información de salud. (para continuación del tratamiento, facturación, copia personal, etc.) Escriba UN SOLO propósito por formulario.
5. La autorización tiene vigencia hasta- escriba una fecha específica o evento específico cuando el paciente quiere que la autorización caduque. (Un ejemplo de un evento sería "hasta ser dado de alta del programa") Si escribe una **fecha**, la fecha no **puede ser superior a un año**. Si escribe un **evento**, este plazo **puede ser superior a un año**.
6. Divulgación de Información Confidencial de Salud.
 - a) El paciente debe escribir aquí sus iniciales para autorizar al DHEC que envíe ICS vía fax a la entidad mencionada en este formulario. Escriba el número de fax, si lo conoce.
 - b) El paciente debe escribir aquí sus iniciales para autorizar al DHEC que use comunicación por correo electrónico. Escriba la dirección de correo electrónico, si la conoce.
 - c) El paciente debe escribir aquí sus iniciales para autorizar al DHEC que envíe ICS por correo postal a la entidad mencionada en este formulario. Escriba la dirección de correo postal.
7. Firma/Fecha: El paciente, guardián legal o representante personal firma aquí y escribe la fecha en que se completó el formulario. Testigo/Fecha: un testigo firma y escribe la fecha aquí **SÓLO si el paciente / representante personal no puede firmar o firma con una "X"**.
Nombre impreso: imprima el nombre del paciente/representante personal que firma el formulario.
Relación del Representante Personal: si alguien diferente al paciente firma el formulario, escriba la relación de esa persona con el paciente.
Al paciente se le ofrecerá una copia del DHEC 1.623 lleno. Si al paciente se le proporciona una copia, el miembro del personal del DHEC marca que dicha copia fue entregada. Si la copia fue rechazada por el paciente, el miembro del personal del DHEC marca que la copia fue rechazada. Si el paciente solicita que se le envíe una copia, el miembro del personal del DHEC marca que dicha copia se envió por correo postal, y luego envía una copia al paciente.

El HIPAA requiere que le demos al paciente la oportunidad de solicitar revisar u obtener una copia de su / su información confidencial de salud antes de darla a conocer. El HIPAA requiere que informemos al paciente que una vez dada a conocer la información a otra entidad, quien la reciba podrá divulgarla y ya no podrá estar protegida por las leyes estatales o federales. (la entidad a quien se da a conocer la información probablemente no esté "cubierta" por la HIPAA, y por lo tanto, no estaría cubierta por las leyes de privacidad de la HIPAA.)

La HIPAA exige que informemos al paciente que si se niega a firmar la autorización de divulgación de información, no podemos negar tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios; y esto no nos impedirá proporcionar tratamiento al paciente, ni recaudar pagos por servicios prestados. El nombre de la entidad que da a conocer los registros se escribe en el primer espacio en blanco. Algunos programas del DHEC nos exigen dar a conocer información necesaria para tratamientos, pagos, inscripciones o elegibilidad para beneficios antes de inscribir a un paciente en el programa. En esos casos, escriba aquí el nombre del programa.

8. Revocación de esta autorización - si el paciente desea revocar esta autorización, puede hacerlo en cualquier momento firmando con fecha **la autorización original** aquí. La autorización se revoca en la fecha de firma del paciente. La firma de un testigo es necesaria **SÓLO si el paciente no puede firmar o firma con una "X"** La fecha de firma del testigo se escribe aquí.
9. El número de registro de salud del paciente, nombre y fecha de nacimiento del paciente se escriben en la esquina inferior derecha. Si se prefiere, se puede usar la etiqueta del paciente.

PÁGINA DOS del formulario:

1. En la primera columna, escriba el nombre / dirección / ciudad / estado / código postal al que se envía la información. Si se necesita otra información, escríbala al lado de "otros". Si se trata de dar a conocer información a una sola entidad y la información se proporciona en la primera página, entonces el miembro del personal del DHEC puede referirse a dicha información en lugar de volver a escribirla.
2. En la segunda columna, escriba la información que se da a conocer, la firma de la persona que revela la información y la fecha en que se divulga dicha información.

Si hay preguntas sobre cómo completar o usar este formulario, por favor póngase en contacto con el Funcionario de Privacidad del DHEC o la Oficina Jurídica del DHEC.