The Cooper Health System

AUTORIZACION PARA USAR O DIVULGAR LA INFORMACION PERSONAL DE SU SALUD

PHI por sus siglas en ingles

Yo, _____, por lo presente autorizo a The Cooper Health System a usar mi información medica especificada mas abajo
(***Escriba su nombre en forma de letra)***
Y a divulgar dicha información a:

_____

Nombre De la persona que requiere la información, dirreciion, y numero de teléfono:_____

_____

Nombre del medico, dirección, numero de teléfono/fax

Fecha De Nombramiento/Cita: _____

_____

DESCRIPCION DE INFORMACIONES MÉDICAS QUE ESTAN SUJETAS A ESTA AUTORIZACION

Fecha(s) del servicio: _____

[ ] Fecha de Admisión
[ ] Historial Quirúrgico
[ ] Información relacionada con SIDA o VIH
[ ] Sumario de Dada de alta
[ ] Rayos X
[ ] Otro (especificar)_____
[ ] Historial Médico de Sala de Emergencia
[ ] Resultados de Laboratorio
[ ] Consulta(s) de historial Médico y Físico
[ ] Historial Psiquiátrico
[ ] Reportes(s) Patológico
[ ] Fichas de tratamiento por abuso de drogas y/o alcohol
[ ] Consultas

Esta Autorización expirara el _____ o cuando suceda lo siguiente _____
(Fecha)

Esta Autorización expirara automáticamente al ano de la fecha en que fue dada. La autorización para divulgar historial psiquiátrico expirara automáticamente a los 60 días de la fecha en que fue dada. Comprendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento, aun aunque no haya expirado, notificando por escrito al Director de la Administración de Información de Salud. Esta anulación será efectiva el día en que sea recibida por The Cooper Health System. También se que The Cooper Health System tiene, en ciertas circunstancias, el derecho a continuar con el uso o la divulgación de mi información médica si The Cooper Health System ya ha usado o revelado la información en base a esta autorización. Comprendo que si doy esta autorización como condición de obtener cobertura médica, The Cooper Health System podrá tener acceso a mi información médica si hubiera alguna pregunta sobre un reclamo hecho a mi póliza de seguro. Comprendo que una descripción completa de otros derechos que pueda tener referente a la revocación de esta autorización se encuentran en el Informe Sobre las Normas de Privacidad de The Cooper Health Systems.

Informe para la Persona que está dando esta Autorización

Si el tratamiento está relacionado con estudios de investigación o si los servicios fueron proporcionados solamente con el propósito de crear un informe médico sobre usted, su falta en dar esta autorización puede resultar en la retención de tratamiento o servicios médicos. Esta autorización eximirá de todo responsabilidad a The Cooper Health System, sus fiduciarios, administradores, agentes y empleados por la publicación de la información médica especificada anteriormente. Una vez que The Cooper Health System divulgue la información de acuerdo a lo establecido en esta autorización, nosotros no tenemos más control sobre el uso de la información. La persona a la cual nosotros le hemos divulgado su información médica puede a su vez divulgarla a otros y si así fuera The Cooper Health System no podrá proteger más dicha información.

Firma del Paciente *Fecha* *Representante Autorizado* *Fecha*

Nombre en letra de molde *Nombre en letra de molde* *Relación con el Paciente*

Dirección: _____ *Fecha de Nacimiento del Paciente:* _____

_____ *Número de Teléfono:* _____

_____ *Fecha de Nombramiento/Cita* _____