

AUTORIZACIÓN ESTANDARIZADA DE OKLAHOMA PARA USAR O COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI - por sus siglas en inglés)

INSTRUCCIONES DEL PACIENTE

I. INFORMACIÓN INDIVIDUAL (DE LA PERSONA DE QUIEN SE COMPARTIRÁ LA INFORMACIÓN)

Escriba su nombre, fecha de nacimiento, dirección completa, código de larga distancia y número telefónico en los espacios indicados.

II. ALCANCE Y PROPÓSITO DE COMPARTIR INFORMACIÓN

Esta sección explica el significado de la información médica protegida y le informa que usted está permitiendo que su información médica protegida sea compartida con la(s) persona(s) que usted nombre en la Sección III A.

III. AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN A COMPARTIR

En la mayoría de los casos, su información médica protegida puede ser compartida para tratamiento, pago y actividades de atención médica, bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Por razones adicionales al tratamiento permitido, pago y actividades de atención médica, usted debe llenar las secciones III A y B como se indica:

A. Persona/Organización que recibe la información y el propósito por el que desea compartirla

Escriba el nombre de la persona/organización con quien usted desea compartir la información, su dirección, número telefónico y de fax, la relación con usted (ejemplo: abogado, familiar, etc.), y el propósito por el cual usted desea compartir esta información. **Si usted escribe más de un nombre/organización en esta sección, la información que usted marcó en la sección B, será compartida con cada uno en la lista.**

B. (1) Esta sección lista la información que usted quiere compartir. Usted puede marcar una o más casillas, **a menos** que usted esté compartiendo archivos de psicoterapia. Si usted está compartiendo archivos de psicoterapia, usted puede marcar solo esa casilla y no las otras.

(2) Liste las fechas de servicio de la información que quiere compartir (si no sabe las fechas exactas, trate al menos de poner el mes y el año), o puede elegir compartir todos los archivos, escribiendo la palabra "todo" ("all").

IV. CADUCIDAD Y REVOCACIÓN

A. Caducidad

Por ley, su permiso para compartir información solo puede ser válido por cierto periodo de tiempo. Usted debe marcar una casilla.

B. Derecho de Revocar

Usted puede cambiar de parecer en cuanto a compartir esta información. Si usted cambia de parecer, usted debe escribir a la dirección que aparece en la parte inferior de esta forma y pedir que su información ya no sea compartida. La información puede ya haberse compartido antes de recibir su petición por escrito.

V. RECONOCIMIENTOS Y FIRMAS

A. Reconocimientos

1. Esta sección explica que usted firmó voluntariamente esta forma y que a usted no se le puede negar la elegibilidad para recibir beneficios, tratamiento, inscripción o pago de cuentas si usted no firma esta forma.
2. Si usted marca esta casilla y escribe sus iniciales en esta sección, usted está de acuerdo en compartir su información médica protegida para propósitos de promoción. La persona/compañía que le está solicitando firmar la forma puede recibir algún tipo de pago por su información.
3. Puede ser que si usted da permiso de compartir su información de salud protegida a alguien que no es un proveedor de atención médica o un plan de salud, (familiar, etc.) las normas de privacidad ya no puedan proteger más la información.
4. Usted puede ver u obtener una copia de la información de salud protegida que se comparte de acuerdo a esta forma, escribiendo a la dirección que aparece en la parte inferior de esta forma.
5. La información compartida pudiera contener archivos que pueden indicar la presencia de alguna enfermedad transmisible o no transmisible.

B. Firma – Firme y feche la forma en los espacios proporcionados.

Si usted acepta compartir archivos de abuso de alcohol o drogas, la ley protege esa información en ciertos casos. Si la casilla que está bajo su firma está marcada, entonces puede ser que la persona u organización que recibe sus archivos de abuso de drogas y alcohol bajo esta autorización no pueda compartir esta información sin su permiso por escrito.

El último párrafo bajo la casilla sombreada con gris, es para el uso del doctor/proveedor solamente.