fallonhealth

Autorización para la divulgación de la Información de salud protegida (PHI)

Información del miembro

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección permanente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Detalles de la solicitud

Marque todas las opciones que correspondan:

☐ Solicito y autorizo a Fallon Health a **divulgar (brindar)** PHI a:

☐ Solicito y autorizo a Fallon Health a **obtener (recibir)** PHI de:

Nombre/centro: _____

Relación con el miembro: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Objetivo de la solicitud:

☐ Coordinación de la atención ☐ Solicitud personal ☐ Solicitud legal

☐ Transferencia de la atención ☐ Otro: _____

Autorizo la divulgación de las siguientes fechas de servicios:

de: _____ para _____

Entiendo que, si las fechas anteriores están en blanco, autorizo todas las fechas de servicio.

Información que se puede obtener o divulgar:

Autorizo específicamente la divulgación de toda la información médica. Si **no** autorizo la totalidad de la información médica, solo apruebo la siguiente información: _____

_____

También permitiré que se compartan o reciban los siguientes registros protegidos por ley:
(Coloque sus iniciales en todo lo que corresponda).

Consumo de alcohol/drogas _____	Pruebas genéticas _____	Enfermedades de transmisión sexual _____
Salud conductual _____	VIH/SIDA _____	Atención para la afirmación de género _____
Violencia doméstica _____	Agresión sexual _____	Salud reproductiva _____

Entiendo que, a menos que se revoque de otra manera, esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de mi firma.

Especifique la duración de la autorización si es distinta de 12 meses: _____

Autorización y firma

- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito al Oficial de Privacidad de Fallon Health.
    - Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado.
- Entiendo que esta información, una vez divulgada, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la entidad receptora y es posible que ya no esté protegida por la HIPAA u otras leyes de privacidad.
- Comprendo que si he autorizado la divulgación de registros en los que se reconoce que tengo o he tenido un trastorno por abuso de sustancias, estos **pueden** estar protegidos bajo la parte dos del Título 42 del CFR, y se **puede** prohibir que se vuelvan a divulgar sin mi autorización expresa por escrito.
- Comprendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios de Fallon Health.

Nombre (letra de imprenta): _____

Firma _____ Fecha: _____

Si la persona que firma no es el miembro, indique la relación del signatario con el miembro (es decir, tutor, representante autorizado): _____

_____ Al marcar aquí, autorizo que mi firma electrónica, arriba, se considere igual a mi firma manuscrita a los efectos de validez y exigibilidad. Entiendo que puedo, en cualquier momento, optar por usar una firma manuscrita si así lo prefiero.

Envíe por correo el formulario completado a:
Fallon Health • 1 Mercantile St., Ste. 400 • Worcester, MA 01608