



Childrens Heart Center Nevada

continuous care for the fetus, child & adult with congenital heart disease

Autorización para la Liberación de Información Protegida de Salud (PHI)

Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento _____

Identidad de género: M F Hombre transgénero Mujer transgénero Genderqueer Otro

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado código postal

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

El propósito de esta revelación:

Mi solicitud (padre / paciente SOLAMENTE) Pago / Seguro Cuidado de la salud Empleo otro _____

¿Cómo se debe liberar la información (si se deja en blanco, se proporcionará una copia en papel)?

Copia en papel Mensajería segura * debe estar registrado para el portal de pacientes

Facsímil Medios (USB / CD) * protegidos con contraseña

Nota: En el caso de que la instalación no pueda acomodar una entrega electrónica se solicita, se proporcionará un método de entrega alternativa (por ejemplo, una copia en papel). Existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pueda ver su PHI sin su consentimiento al recibir medios cifrados o correo electrónico. No somos responsables por el acceso sin autorización a la PHI contenida en este formato o cualquier riesgo (por ejemplo, virus) potencialmente introducido en su computadora/dispositivo al recibir PHI en formato electrónico o por correo electrónico.

Descripción de la información que se utilizará o revelará:

Todos los registros Informes de la oficina Informes del hospital Informes de Cirugía

EKG/Echo Laboratorios

Registros de Salud Mental (se requiere firma) _____

Genética (se requiere firma) _____ Otro _____

Esta autorización se expirará en 12 meses a partir de la fecha de hoy:

Fecha _____

Información Protegida de Salud (PHI) puede ser entregada a/de las siguientes personas/compañías:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Entiendo que:

1. Una vez finalizada la visita, los registros médicos corroborantes se envían automáticamente al médico remitente.
2. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización. Puedo negarme a firmar este formulario, ya que es voluntario.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en las acciones tomadas antes de recibir la revocación. Más detalles se pueden encontrar en los avisos HIPAA.
4. Si el solicitante o el receptor no es un plan de salud o proveedor de atención médica, la información liberada ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad y podrá volver a ser divulgada.
5. Los registros médicos copiados por otras razones que no sean la continuidad de la atención están sujetos a una tasa de copia (NRS 629.061). Estos incluyen pero no se limitan a solicitudes legales, agencias de investigación, compañías de seguros y solicitudes de uso personal de pacientes. Se le cobrarán varias copias.
6. CHC tomará precauciones para evitar un acceso inapropiado a PHI, pero reconozco que si pierdo el CD y / o la contraseña, se me roban de mi posesión, o si permito que otra persona tenga acceso al CD / contraseña, CHC no será Responsable de cualquier acceso no autorizado en cualquier circunstancia.
7. Soy consciente de que si se solicitan notas médicas, las notas de salud mental no se liberan automáticamente y de hecho se mantienen separadas de todas las notas de la clínica.
8. Esta PHI es de hecho nula y sin la firma del paciente (si tiene 18 años o más), padre o tutor legal.

He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida como se indica:

Firma del Paciente/Representante del Paciente:

Fecha:

Nombre del Paciente/Representante del Paciente:

Relacion con el paciente:

Todos los ítems en este formulario de autorización deben ser completados o la solicitud puede no ser cumplida.

Southern Nevada

3131 La Canada St., Ste 230

Las Vegas, NV 89169

Call: (702) 732-1290 Toll Free: (866) 732-1290

Fax: (702) 732-1385

Email: HIM@chcnv.org

Northern Nevada

85 Kirman Ave, Ste 401

Reno, NV 89502

Call: (775) 324-6644 Toll Free: (877) 732-1290

Fax: (775) 322-4748

Email: HIMReno@chcnv.org