



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA
DIVULGACIÓN DE CIERTA INFORMACIÓN DE SALUD
AL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DE KENTUCKY

POR FAVOR LEA EL FORMULARIO COMPLETO ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN

Paciente (nombre e información de la persona cuya información de salud se está divulgando):

Nombre (Nombre Segundo Nombre Apellido): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Puede utilizar este formulario para permitir que su proveedor de atención médica acceda y utilice su información de salud. Su decisión de firmar o no este formulario no afectará su capacidad de obtener tratamiento médico, el pago del tratamiento médico o la inscripción en el seguro de salud o la elegibilidad para los beneficios.

Al firmar este formulario, autorizo voluntariamente el acceso, uso y divulgación de mi información de salud:

DIVULGACIÓN:

Marque todas las casillas para identificar la información que autoriza a divulgar:

Información sobre tratamiento por abuso de drogas o alcohol (si corresponde) o información sobre tratamiento de salud mental (si corresponde)

DE QUIÉN: Nombre específico o descripción general de la(s) organización(es) a quien(es) autorizo a divulgar mi información según este formulario: _____

Todos los programas en los que el paciente ha sido inscrito como paciente por abuso de alcohol o drogas (si corresponde) y como paciente por tratamiento de salud mental (si corresponde) que esté afiliado al Intercambio de Información de Salud de Kentucky.

A QUIÉN: Persona(s) u organización(es) específicas autorizadas a recibir mi información: _____

Autorizo a cualquier proveedor/organización de atención médica, actual o futura, que me atienda o que participe en la coordinación de mi atención médica, a acceder a toda mi información médica a través del Intercambio de Información de Salud de Kentucky (KHIE). Consulte la lista adjunta para obtener una lista de los proveedores de atención médica del Intercambio de Información de Salud de Kentucky (KHIE). También puede visitar www.KHIE.ky.gov para obtener una lista actualizada del Intercambio de Información de Salud de Kentucky (KHIE).
proveedores.

Cantidad y tipo de información: La información que se divulgará puede incluir, entre otros: datos demográficos del paciente, signos vitales, problemas y diagnósticos, información del seguro, proveedores de atención médica, resultados de laboratorio, medicamentos, atención médica y VIH/SIDA, abuso de alcohol y sustancias y salud mental o conductual.4230

FINALIDAD: La información compartida será utilizada:

- Para ayudar con mi tratamiento y coordinación de atención.
- Ayudar al proveedor u organización a mejorar la forma en que realizan su trabajo.
- Para ayudar a pagar mi tratamiento

PERIODO DE VIGENCIA: Este formulario de autorización/consentimiento/permiso vence:

Déjelo en blanco para establecer el valor predeterminado en un año O ingrese la fecha ____/____/____.

Si no se ingresa ninguna fecha, el consentimiento será válido por un año a partir de la fecha en que se firme este formulario.

REVOCAR MI PERMISO: Puedo revocar mi permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito a la persona u organización nombrada anteriormente en las secciones "A quién" o "De quién", excepto en la medida en que se haya llevado a cabo la divulgación acordada.

Además:

- Entiendo que se puede utilizar una copia electrónica de este formulario para autorizar la divulgación de la información descrita anteriormente.
- Entiendo que existen algunas circunstancias en las que esta información puede ser divulgada nuevamente a otras personas según la ley estatal o federal.
- Entiendo que negarme a firmar este formulario no impide la divulgación de mi información de salud que de otra manera estaría permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico.
- He leído todas las páginas de este formulario y acepto las divulgaciones anteriores de los tipos de fuentes listado.

"Este consentimiento para el intercambio de información de salud (HIE) no permite el uso de mi información de salud protegida en ninguna investigación o procedimiento penal o civil en mi contra sin una orden judicial expresa que autorice la divulgación, a menos que la ley estatal lo permita de otro modo".

X _____

Fecha de firma (mm/dd/aaaa)

Firma del paciente o representante legal del paciente

Nombre impreso del representante legal (si corresponde)

Marque una para describir la relación del Representante Legal con el Paciente (si corresponde):

____ Padre/Madre del

____ menor Tutor

_ Otro representante personal (explique): _____

NOTA: Según algunas leyes estatales, los menores deben dar su consentimiento para la divulgación de cierta información. La ley del estado desde donde se divulgará la información determina si un menor debe dar su consentimiento para dicha divulgación.

Este formulario no es válido si se modifica. Tiene derecho a obtener una copia después de firmarlo.