

## Autorización para Difundir Información de Salud Protegida (PHI)

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Últimos 4 dígitos del # Seguro Social:
Dirección:	Teléfono:	

### AUTORIZO LA DIVULGACION DE RECORDS

<input type="checkbox"/> <b>DIVULGADO POR:</b> <input type="checkbox"/> Logansport Memorial Hospital (records del hospital) <input type="checkbox"/> Logansport Memorial Physician Network (records de oficina)  Nombre de Organización: _____ Dirección: _____	<input type="checkbox"/> <b>DIVULGAR A:</b> Nombre: _____ Organización : _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____
--	--

PROPOSITO DE LA DIFUSION:   \*\* Esta autorización es válida por 60 días \*\*

Uso Personal     
  Atención Medica     
  Legal     
  Otro

### Copias de los records siguientes pueden divulgarse a pedido:

- Forma de Divulgación:    Copia Impresa    Unidad Flash protegida con Contraseña    Correo Electrónico No Seguro (Descargo de Responsabilidad: El Paciente entiende el riesgo de correo electrónico no seguro.)
- Toda la información de salud incluyendo toda la historia clínica referente a salud mental, abuso de alcohol/drogas, o tratamiento de enfermedades infecciosas que puedan encontrarse en la institución mencionada anteriormente. Fecha(s) del servicio: \_\_\_\_\_
- Limitar la difusión a toda la información de salud, EXCLUYENDO toda la historia clínica referente a salud mental, abuso de alcohol/drogas, o tratamiento de enfermedades infecciosas que puedan encontrarse en la institución mencionada anteriormente. Fecha(s) del servicio: \_\_\_\_\_
- Records ocupacionales para determinar ubicación
- Medios de Comunicación       Propósitos Educativos       Marketing o difusión
- Marketing o difusión y LMH está recibiendo directa o indirectamente pagos de terceros
- Otro (Por favor especificar) \_\_\_\_\_
- Detalles y fotografía infantil:    Sitio web de LMH    Pantalla en el Vestíbulo    Tablero de Mensajes Electrónicos

**Información Importante Acerca de sus Derechos**

- Yo tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que se haya actuado en cumplimiento a ella.
- Yo comprendo que cuando esta información se usa o difunde de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a re-difusión por parte de la persona que tiene que recibirla y ya no podrá ser protegida.
- Yo comprendo que no necesito firmar este formulario para asegurarme el tratamiento.
- Yo estoy de acuerdo de pagar a la institución los gastos de preparación de las copias de la información solicitadas (si fuera aplicable).
- Yo puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.
- Yo comprendo qué, cuando sea aplicable, que la institución nombrada anteriormente recibirá directa o indirectamente pago de o en nombre de terceros cuyo producto o servicio se está describiendo.
- Yo comprendo que, cuando sea aplicable, que esta información se difundirá con el propósito específico de permitir que mi empleador determine si estoy capacitado para llevar a cabo las funciones esenciales de mi posición, con o sin ubicación razonable. La información difundida podrá compartirse con mi empleador de manera confidencial de conformidad con lo previsto por la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA).
- Por este medio yo eximo de toda responsabilidad a la institución mencionada anteriormente y la libero de toda responsabilidad y daños resultantes de liberar mi Información de Salud Protegida.

Yo, el abajo firmante, he leído el documento precedente, y autorizo a la institución anteriormente mencionada a difundir la información aquí contenida.

Firma del Paciente o Representante Legal	Fecha
Parentesco con el Paciente: <input type="checkbox"/> Padre(s)/ Guardián Legal <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Albacea de la Herencia del Fallecido <input type="checkbox"/> Apoderado para el Cuidado de la Salud <input type="checkbox"/> Representante Legal Autorizado	
Identidad verificada a través de Identificación emitida por el Gobierno por: _____ (por favor firme o inicial)	