



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A TRAVÉS DE DRCONNECT

Cleveland Clinic DrConnect Operations
3175 Science Park
Beachwood, OH 44112

Teléfono: 877.224.7367 (877.CCHS.EMR)
Fax: 216.445.9668
Correo electrónico: drconnect@ccf.org

Paciente: _____ Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN): _____

N.º de clínica: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Por la presente autorizo a Cleveland Clinic y a sus filiales (colectivamente, la “Cleveland Clinic”) a divulgar mi información médica, según lo indicado a continuación. **Entiendo y reconozco que esta divulgación incluirá registros de cualquier tratamiento que haya recibido para una enfermedad física y mental, abuso de alcohol/drogas y/o resultados de las pruebas, diagnósticos y tratamiento del VIH/SIDA. Esta autorización no incluye el permiso para divulgar notas de psicoterapia, según lo definido a continuación.* La divulgación de notas de psicoterapia requiere una autorización por separado.**

Divulgar a: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Motivo de la divulgación: _____.

Información que se divulgará: Entiendo y acepto la divulgación de mis **registros médicos completos**, independientemente de las fechas del tratamiento. La información divulgada incluirá, entre otros, los siguientes registros:

•Registros de tratamiento de abuso de alcohol y/o drogas •Registros de tratamiento de salud mental, incluido el tratamiento de enfermedades mentales •Pruebas de VIH, resultados, diagnóstico y tratamiento •Resúmenes de alta hospitalaria •Antecedentes y examen físico •Informes de laboratorio •Informes operativos •Informes patológicos •Medicamentos •Notas clínicas/de progreso •Diagnósticos

Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se haya implementado alguna acción al respecto. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con Cleveland Clinic a la información de contacto indicada anteriormente. Entiendo que al destinatario de mi información médica se le podrá cobrar por el servicio de divulgación de la información médica.

Esta autorización caducará al cabo de ciento ochenta y cinco (185) días a partir de la fecha indicada a continuación, a menos que yo especifique una fecha anterior: _____.

Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede seguir formando parte de mi registro médico permanente en posesión del destinatario. Mi atención de la salud (o el pago de la atención) no se verá afectada por el hecho de firmar o no esta autorización. Una vez que se divulgue mi información médica, es posible que la nueva divulgación de mi información médica por parte del destinatario ya no esté protegida por ley.

AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN Y ACUSE DE RECIBO ADICIONAL DEL PACIENTE

La información divulgada conforme a esta autorización incluirá toda la información que figure en mi registro médico, que esté protegida por las normas federales de confidencialidad relativas al tratamiento proporcionado por el Programa de abuso de alcohol y drogas (Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR], Parte 2) y la ley estatal pertinente a la divulgación de información sobre el VIH/SIDA. **Estas normas prohíben al destinatario realizar cualquier divulgación adicional de esta información**, a menos que dicha divulgación se permita expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por el Título 42 del CFR, Parte 2, en relación con la divulgación de información del Programa de abuso de alcohol y drogas o la ley estatal pertinente a la divulgación de información sobre el VIH/SIDA. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para estos fines.

Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar de forma penal a cualquier paciente con abuso de drogas o alcohol.

_____/_____/_____
Firma del paciente/representante personal del paciente** Nombre en letra de imprenta Fecha de la firma

Relación, si no es el paciente

**Las notas de psicoterapia se definen como notas en las que se documentan sesiones de consulta privadas, conjuntas, grupales o familiares que están separadas del resto de los registros médicos de un paciente.*

***Si la firma no es la del paciente, la solicitud **DEBE** estar acompañada de una copia de la documentación legal que verifique al representante personal del paciente (p. ej., tutor designado por un tribunal, poder notarial duradero para atención de la salud). En el caso de un paciente fallecido: La autorización debe ir acompañada de un certificado de defunción junto con el albacea o administrador de la documentación de bienes. Excepción: padre/madre que firma en nombre de un paciente menor de 18 años.*

Revisión: 1/12/11