

JERVEY EYE GROUP, P.A.
AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACION DEL SEGURO DE
SALUD

601 Halton Road Greenville, SC 29607 Tel: (864) 458-7956 Fax (864) 458-8390	One Doctors Drive Greenville, SC 29605 Tel: (864) 271-3354 Fax: (864) 250-6443	220 South Pendleton Street Easley, SC 29640 Tel: (864) 859-3233 Fax: (864) 850-4001	One Colony Centre Way Simpsonville, SC 29681 Tel: (864) 963-2171 Fax: (864) 228-2681
--	---	--	---

Nuestro Aviso de Prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida y cuando necesitamos su autorización por escrito para hacerlo. Esta forma se utiliza cuando se requiere dicha autorización y cumple con las normas del Acto de Seguro de Salud y la Responsabilidad de las Normas de Privacidad de 1996.

Nombre del Paciente : _____

Fecha de Nacimiento : _____ Número de Seguro Social : _____

I. Mi Autorización

Autorizo al siguiente entidad de usar o divulgar:

_____ **usar o revelar la siguiente información médica**

- Toda mi información médica.
- Mi información médica en relación con el siguiente tratamiento o condición _____

- Mi información médica que cubre el período de servicios medicos desde
(fecha) _____ á (fecha) _____
- Otra razon : _____

El partido anterior puede revelar esta información médica a los siguiente recipientes.

Nombre (o titulo) y organización : _____

Domicilio : _____

Ciudad _____ **Estado :** _____ **Codigo Postal** _____

Teléfono : _____ **Fax :** _____ **Email :** _____

El propósito de esta autorización es (marque todas las que apliquen) :

- A petición mía
- Otra razon : _____
- Para autorizar al usuario comunicarse conmigo con fines comerciales cuando reciban el pago de una tercer entidad.
- Para autorizar el usuario a vender mi información médica. Entiendo que el vendedor recibira una compensación por mi información médica y se detendrá cualquier venta futura si revoco esta autorización.

Esta autorización termina:

- En (fecha) : _____
- Cuando ocurra el siguiente evento : _____

II. Mis Derechos

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en escritura, en cualquier momento, excepto cuando ya se han hecho uso de las revelaciones basado en el permiso inicial. Puede que no sea posible de revocar esta authorizaiton si su propósito era obtener un seguro médico. Con el fin de revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarlo al partido correspondiente.

Yo entiendo que los usos y divulgaciones ya realizados sobre la base de mi permiso original no podran ser retirado.

Entiendo que es posible que la información usada o divulgada con mi permiso podrá ser divulgada de nuevo por el recipiente y ya no está protegido por las Normas de Privacidad de HIPAA.

Entiendo que el tratamiento por alguna entidad no dependera de mi firma de esta autorización (a no ser que se solicita tratamiento sólo para crear información de salud para un tercer entidad, o para participar en un estudio de investigación médico) y que puedo tener el derecho de rechazar a firmar esta autorización.

Yo recibire una copia de esta autorización después de firmar la forma. Una copia de esta autorización es tan válida como la original.

Firma del Paciente : _____ Fecha : _____

Si el paciente es menor de edad o no puede firmar por favor complete lo siguiente

Paciente es menor de edad : _____ años de edad

Paciente no puede firmar debido a : _____

Firma del Representante Autorizado : _____

Fecha : _____

Nombre del Representante Autorizado : _____

Autoridad del representante para firmar en nombre del paciente

Padre o Madre Tutor legal Orden de la corte Otra razon : _____

III. Consentimiento Adicional Para Ciertas Condiciones

Este expediente médico puede contener información **sobre el abuso físico o sexual, el alcoholismo, la drogadicción, las enfermedades de transmisión sexual, el aborto o tratamiento de salud mental**. Consentimiento individual debe ser dado antes de que esta información sea divulgada.

Doy mi consentimiento para que la información antedicha sea divulgada.

No doy mi consentimiento para que la información antedicha sea divulgada.

Firma del Paciente o Representante Autorizado : _____

Fecha : _____ Hora : _____

IV. Consentimiento Adicional Para el VIH/SIDA

Este expediente médico puede contener información relativa a la prueba del VIH y/o diagnóstico o tratamiento del SIDA.

Consentimiento separado se debe dar para que esta información sea divulgada

Doy mi consentimiento para que la información antedicha sea divulgada.

No doy mi consentimiento para que la información antedicha sea divulgada.

Firma del Paciente o Representante Autorizado : _____

Fecha : _____ Hora : _____

