

CREIGHTON UNIVERSITY
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Al firmar este formulario, usted autoriza a Creighton University a divulgar sus expedientes de salud que se describen a continuación. Usted es responsable de los costos de reproducción. *El costo es de \$0.50 por página; se aplican cargos adicionales a las películas y cintas.*

A. **Paciente.** El paciente cuya información puede ser divulgada es:

NOMBRE _____ **FECHA NAC.** _____

DIRECCIÓN _____ **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL** _____

B. **Expedientes.** Por este medio autorizo la divulgación de la siguiente información de salud (marcar las opciones que correspondan):

___ Fechas de servicio ___ Historial médico completo ___ Otro: _____

C. **Instrucciones especiales.**

___ Favor divulgar / ___ Favor no divulgar información pertinente a pruebas de detección de drogas y alcohol o de tratamientos, si la hubiese.

___ Favor divulgar / ___ Favor no divulgar los resultados de pruebas de detección de VIH/SIDA, si los hubiese.

D. **Departamento que divulgará la información.** Los departamentos autorizados para divulgar estos expedientes son (marque todas las opciones que correspondan):

- Creighton Dental Clinic Creighton Pediatric Therapy Creighton Specialty Pediatrics Creighton Clinic Pharmacy

E. **Destinatario.** Por este medio otorgo mi consentimiento a Creighton University para divulgar los expedientes antedichos a:

NOMBRE

DIRECCIÓN

F. **Propósito de la divulgación.** El motivo por el cual otorgo la autorización para divulgar la información es: ___ Mi solicitud ___

Otro (describir): _____

G. **Caducidad.** Esta autorización caduca 6 meses después de la fecha o de la fecha/evento:

H. **Explicación de los derechos.** Yo, como el paciente/representante del paciente, entiendo que:

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Debo entregar mi revocatoria por escrito a: Creighton University, Attn: University Privacy Officer, 2500 California Plaza, Omaha, NE 68178. La revocatoria de esta autorización no afecta a las divulgaciones ya hechas por Creighton University ni a las divulgaciones requeridas por la ley.
- Creighton University no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción en su plan médico para empleados ni la elegibilidad para prestaciones supeditadas a las firmas de esta autorización.
- Tengo el derecho de revisar mi expediente de salud antes de firmar esta autorización. El Aviso de prácticas de privacidad de Creighton University explica cómo solicitar acceso a mi expediente de salud.
- Por este medio autorizo la divulgación de información protegida por la ley federal. Esta información, una vez divulgada, puede ser nuevamente objeto de divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por la ley federal o estatal.
- Se requiere una autorización por separado para la divulgación de notas de psicoterapia.

I. **Autorización.** HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE FORMULARIO. LO FIRMO VOLUNTARIAMENTE. POR MEDIO AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD SEGÚN SE DESCRIBE EN ESTE FORMULARIO.

Firma del paciente/ Representante personal

Fecha

Parentesco entre el representante y el paciente (si es aplicable) Nombre del representante en letra de imprenta