Southwest Orthopaedic & Reconstructive Specialists
southwestortho.com

8100 S. Walker Avenue, Building A
Oklahoma City, OK 73139
Local: 405.632.4468
Gratuito: 877.332.4468
Fax: 405.619.4426

AUTORIZACIÓN PARA USAR O COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Número de Seguridad Social: _____

A través de este documento, autorizo a **Southwest Orthopaedic & Reconstructive Specialists** a divulgar la siguiente información a:

_____ _____ _____
Nombre de la persona u organización que recibe la PHI | Teléfono | Fax

_____ _____ _____ _____
Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Información a compartir:

□ Notas de progreso □ Informes de procedimiento □ Informes de radiología □ Registro médico completo

□ Información de Medical recopilada desde_____(introducir fecha) hasta_____(introducir fecha)

□ Información de facturación para: _____ □ Otro: _____

Solo se podrá divulgar la información para el (los) siguiente(s) propósito(s): _____

_____

Comprendo que al firmar voluntariamente esta autorización:

- Autorizo a utilizar y divulgar mi PHI, tal como se describe, y para los propósitos enumerados anteriormente.
- Tengo derecho a retirar el permiso para divulgar mi información. Si firmo esta autorización para usar o divulgar información, puedo revocarla en cualquier momento. Si deseo revocarla, debo hacerlo por escrito a la persona u organización que la divulga y esta decisión no afectará la información que ya haya sido utilizada o divulgada.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Comprendo que, a menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de un reclamo de beneficios, firmar esta autorización no afectará mi elegibilidad para beneficios, tratamiento, inscripciones o pagos de reclamos.
- Mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad trasmisible y/o no trasmisible, que puede incluir, entre otras, enfermedades como la hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH o SIDA; o que he recibido tratamiento para condiciones psicológicas, psiquiátricas o por abuso de sustancias.
- Comprendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento, escribiendo a la persona u organización que divulga mi PHI.
- Entiendo que no puedo restringir la información que ya ha sido compartida, de conformidad con esta autorización.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a ser redivulgada por el receptor y ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad.

A menos que la revoque o se indique lo contrario, esta autorización vencerá automáticamente después de un año a partir de mi firma o después de que ocurra el siguiente evento:_____.

_____ _____
Firma del paciente o representante legal | Fecha

_____ _____
Descripción de la autoridad del representante legal | Fecha de vencimiento (*si es más de un año a partir la fecha de la firma o no se indica ningún evento*)

Entrega/Formato: □ Correo de EE.UU. □ Retiro en la oficina □ Fax □ CD

* Envíe por correo o fax el formulario completo de autorización a SOS a la dirección o número de fax que se indicó anteriormente.