

Autorización para utilizar información médica personal

A fin de seguir proporcionando asistencia médica, DuPage Internal Medicine recopila información sobre su historial médico, reconocimientos médicos y resultados de pruebas, diagnósticos y tratamientos. El uso y la revelación de información médica personal está regulado por una ley federal conocida como la ley HIPAA o Acta de transferibilidad y responsabilidad de los seguros médicos de 1966. Según la HIPAAA, a los proveedores de asistencia médica se les exige que soliciten, en casi todos los casos, autorización para utilizar información médica personal sobre tratamientos, pagos u operaciones de carácter sanitario.

Por tanto, yo _____ (nombre del paciente o representante personal en letra de imprenta), autorizo al DuPage Internal Medicine a utilizar la información médica

(marque uno) propia o de (especifique): _____ para los siguientes fines:

(En el caso de que firme un representante, éste debe presentar documentación que acredite su derecho legal para hacerlo).

1. Tratamiento (realizar las acciones necesarias que ayuden el diagnóstico, mantenimiento o mejora de la salud);
2. Pago (obtener el reembolso de pagadores de terceras partes);
3. Operaciones de carácter sanitario (realizar, analizar o mejorar los procesos del sector sanitario)

El DuPage Internal Medicine tiene prácticas de confidencialidad que se resumen en el Aviso de los procedimientos de confidencialidad de la información médica protegida (“Aviso”). En dicho Aviso se describe el uso de la revelación de información médica protegida, los derechos de los pacientes a examinar registros médicos, solicitar correcciones y adiciones a los registros, solicitar restricciones en el uso de la información médica, averiguar a quién se le ha revelado la información médica protegida y registrar las quejas relacionadas con los asuntos de confidencialidad. En este Aviso también se describe el modo en que se reciben estos derechos. Me han proporcionado este Aviso o he recibido una copia del mismo.

La autorización que estoy firmando hoy cubre ésta y todas las actividades sanitarias futuras que el DuPage Internal Medicine realice para mí con relación a tratamientos, pagos y operaciones. Esta autorización reemplaza a cualquier otra autorización previa que se haya podido firmar con el DuPage Internal Medicine en relación con el uso de la información médica sobre mi salud. En caso de querer revocar esta autorización, debo realizar la solicitud por escrito. Sin embargo, con la revocación no quedan cubiertas las acciones realizadas de acuerdo a la autorización anterior en vigor.

Firma del paciente

Fecha

Firma de representante personal

Fecha