AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD
(Formulario de Autorización del Paciente)

A: EMERGENCY MEDICAL SERVICES AUTHORITY
1417 North Lansing Avenue
Tulsa, OK 74106 Teléfono: (918) 596-3110

6205 S Sooner Rd,
Oklahoma City, OK 73135 Teléfono: (405) 297-7110

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Nro. Seguro Social: _____

Ciudad: _____Estado: _____ Código Postal: _____

Pido y autorizo a EMSA a usar o divulgar la información protegida sobre mi salud, (PHI en inglés) que se encuentra a continuación:

Información a ser usada o divulgada – Relacionada con los servicios que se realizaron durante el período:

Desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____

Descripción específica de la información a ser usada o divulgada:
☐ Toda la información médica ☐ Lista estipulada ☐ Toda la información de facturación
☐ Otra (detallar): _____

Persona/Organización autorizada para recibir y/o usar la información:

_____
Nombre/Organización

_____
Dirección Postal Ciudad, Estado, Código Postal

Propósito de la autorización. Por favor estipule el propósito del uso o la divulgación requeridos a continuación. Si usted no desea estipular un propósito, por favor marque el cuadro "A pedido del paciente o de su representante personal"

☐ Seguro ☐ Legal ☐ A pedido del paciente o de su representante personal
☐ Otro (detallar): _____

Derecho a revocar y fecha de vencimiento. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto que dicha revocación no se aplicará a la información ya usada o divulgada de acuerdo a esta Autorización. Entiendo que para revocar esta Autorización debo hacerlo por pedido escrito dirigido al Funcionario de Privacidad estipulado de EMSA (Attn: Health Information Management, 6205 S Sooner Rd, Oklahoma City, OK 73135; Teléfono 405/297-7110). A menos que se la revoque, esta Autorización vencerá en forma automática un año después de la fecha de firma a menos que se indique alguna otra cosa (especificar otra fecha o evento de vencimiento): _____

Divulgación adicional. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo a esta Autorización puede ser divulgada en forma adicional sin autorización por parte del receptor y de esa manera no estar protegida por las leyes federales de privacidad. Libero a EMSA, sus agentes y empleados de toda responsabilidad en conexión con el uso o la divulgación de la información requerida cubierta por esta Autorización.

Costo. Entiendo que se puede cobrar un cargo razonable para hacer copias y por gastos de correo de acuerdo a lo autorizado por la ley, y concuerdo con asumir la responsabilidad de dichos cargos ante EMSA.

Entiendo que firmar esta Autorización es un acto voluntario y que el receptor de la información no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud, o la elegibilidad para beneficios en base al hecho de que yo firme esta Autorización, excepto de acuerdo a las estipulaciones de las leyes federales de privacidad.

_____ _____
Firma del paciente (Representante personal) Fecha

Autorización de firma si no es el paciente (especificar): _____
(Si usted está firmando con poder de abogado, o como representante, ejecutor, administrador legal, etc., anexe una copia de la documentación legal que le brinda la autorización para actuar como Representante Personal del paciente).

Sólo para uso interno de EMSA: Corrida no. _____ Recibido por: _____ Fecha de liberación: _____	Identidad del solicitante verificada vía: ☐ Documento con foto ☐ Firma idéntica ☐ Otra manera (especificar): _____ Verificado por: _____

Esta Autorización no puede ser usada para divulgar Notas de Psicoterapia.