AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD

TrueCare reconoce el derecho de acceso de un paciente bajo HIPAA y las Reglas de Bloqueo de Información de la Ley de Curas del Siglo XXI. Este formulario se utiliza cuando se requiere dicha autorización y cumple con los estándares de privacidad de HIPAA. Todas las secciones de esta autorización deben completarse por completo antes de que TrueCare pueda divulgar su información de salud protegida.

Nombre:	**Iniciales:**	**Apellido:**
Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente al anterior):		
Teléfono:	**Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):**	
DIVULGACIÓN PARA:	**DIVULGACIÓN DE:**	
TrueCare	**Por la presente autorizo a TrueCare a obtener una copia de mis registros de:**	
Departamento de Información de Salud	**Nombre:**	
400 S. Melrose Drive, Suite 200	**Dirección:**	
Vista, CA 92081	**Ciudad/Estado/Código postal:**	
Teléfono: (760) 736-6717	**Teléfono:**	**Fax:**
Fax del Departamento de ROI: (877) 279-1995	**Método de entrega:** ☐ Correo ☐ Fax	

INFORMACIÓN POR DIVULGAR (Marque todo lo que corresponda)

Fechas de servicio: _____/ _____/ _____a _____/ _____/_____
Mes Día Año Mes Día Año

☐ **Información general de salud**: Hoja de datos, lista de problemas, notas de progreso/visitas al consultorio, resumen de alta/visita, registros/resumen de ED, notas de procedimientos/operatorios, consultas, listas de medicamentos.

☐ **Hospitalización completa** ☐ **Otro** (especificar): _____

☐ **Registros prenatales solamente**

Resultados/informe: ☐Colonoscopia ☐Examen DEXA ☐Vacunas ☐Mamograma ☐Prueba de Papanicolaou

☐ Informes de radiología ☐ Resultados de laboratorio/patología ☐ ECG ☐ Otros (especificar): _____

☐ **Atención de salud reproductiva** ☐**Información sobre alcohol y drogas** ☐**Información relacionada con el VIH** ☐ **Salud mental** ☐ **Registros de facturación**

☐**Otro** (especificar):_____

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD

- Continuidad de la atención ☐ Transferencia de atención/cambio de proveedor de atención primaria (PCP)
- Otros (especificar): _____

DERECHOS DEL PACIENTE

TrueCare no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios al hecho de que usted firme esta autorización. Es válida una copia de la autorización original. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización completa.

REVOCACIÓN: Usted o su representante personal pueden cancelar esta autorización para futuras divulgaciones enviando una solicitud por escrito a **TrueCare, 400 S. Melrose Drive, Suite 200, Vista, CA 92081.** Su cancelación no afectará la información que se divulgó antes de recibir la solicitud por escrito.

DURACIÓN: La autorización permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha de la firma a continuación.

REDIVULGACIÓN: Una vez que se divulga esta información, es posible que no esté protegida por la ley federal de privacidad (HIPAA). Las leyes estatales o federales pueden requerir que el destinatario obtenga su autorización antes de realizar más divulgaciones.

FIRMAS REQUERIDAS	**Nombre del paciente o representante personal/legal (escribir en letra imprenta):**		**Relación con el paciente:**
	Firma del paciente o representante personal/legal:		**Fecha de la firma:**
SOLO para uso interno de TrueCare	**MRN:**	**Centro de TrueCare:**	**Fecha de recepción:**
			Recibido por: