

Autorización para divulgar la historia clínica (conocida también como “información de salud protegida”)

Nombre del/de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Autorizo a Brightside a divulgar información de mi historia clínica, que puede incluir, por ejemplo, información sobre diagnósticos psiquiátricos, tratamiento o medicamentos recetados, a la persona o entidad que indico a continuación, por el siguiente medio (seleccionar uno):

Correo electrónico Fax

Nombre: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____ CC: _____

Entiendo que mi historia clínica puede contener, entre otra información, un resumen de mis antecedentes médicos, las fechas y horarios de los tratamientos, información sobre mis experiencias familiares y sociales pertinentes para el tratamiento, los resultados de pruebas clínicas, los medicamentos recetados, un resumen de mis diagnósticos y síntomas y las notas de tratamiento. Si deseo que se elimine cierta información de mi historia clínica, debo comunicarme con el equipo de Servicios para Miembros de Brightside.

Entiendo que mi historia clínica puede incluir información relativa a enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o pruebas genéticas.

Sí, doy mi consentimiento para que se divulgue esta información. No, deseo que se elimine esta información de mi historia clínica antes de que se divulgue.

Entiendo que mi historia clínica puede incluir información relativa al consumo o abuso de sustancias, como drogas y alcohol.

Sí, doy mi consentimiento para que se divulgue esta información. No, deseo que se elimine esta información de mi historia clínica antes de que se divulgue.

Esta información se divulgará con la siguiente finalidad o por el siguiente motivo:

(describir brevemente)

1. Entiendo que, salvo que la retire antes, esta autorización tendrá validez durante 180 días a partir de la fecha de la firma. Se considerará que una fotocopia de este formulario tiene la misma validez que el documento original.
2. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, para lo cual deberé notificar a Brightside por escrito. La presente autorización perderá vigencia en la fecha de la notificación, excepto en la medida en que ya se haya actuado en virtud de esta.
3. Entiendo que la información que se utilice o se divulgue de acuerdo con esta autorización podrá divulgarse a terceras partes por la persona destinataria, en cuyo caso perderá la protección de las leyes federales sobre la privacidad. Sin embargo, es posible que otras leyes estatales o federales le prohíban a la persona destinataria divulgar información que goza de una protección especial, como aquella referida al tratamiento para el abuso de sustancias o a la salud mental.
4. Comprendo que si me niego a firmar esta autorización, esto no repercutirá en mi derecho a recibir tratamiento para enfermedades psiquiátricas en el presente o en el futuro, salvo en los casos en que sea necesario divulgar la información a los fines del tratamiento.
5. Negarme a firmar este formulario no afectará la atención médica que me brinde Brightside ni el pago de esta.
6. Entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario después de firmarlo.
7. Reconozco que Brightside podrá solicitar la verificación de mi identidad antes de divulgar información en virtud de la presente autorización y que, de no cumplir con ese requisito de forma oportuna, se retrasará tal procesamiento.
8. Reconozco que Brightside no asume la responsabilidad por la divulgación indebida de los documentos como consecuencia del suministro de información errónea al completar este formulario.
9. Entiendo que mi historia clínica puede contener informes, diagnósticos, notas y demás información que solo puede interpretar una persona con formación médica profesional. Me informaron y comprendo que debo comunicarme con mi profesional de Brightside si tengo preguntas respecto de la información incorporada en mi historia clínica a fin de evitar que haga interpretaciones erróneas de esta. No responsabilizaré a Brightside ni a su equipo de profesionales, su personal o sus socios por la interpretación errónea de la información contenida en mi historia clínica a causa de no hacer la consulta profesional pertinente para conocer la interpretación correcta.

Firma:

Al marcar esta casilla y escribir mi nombre a continuación, firmo de manera electrónica en esta autorización.

Firma del/de la paciente o tutor/a legal

Fecha

Relación con el/la paciente (si es tutor/a legal)