



♥CVS specialty infusion services

Autorización para divulgar información protegida de salud (PHI)

Nombre del paciente (registros a ser divulgados): _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Registros a ser divulgados:

☐ Historia clínica completa ☐ Informes de laboratorio ☐ Facturación detallada

2. Registros confidenciales a ser divulgados (*debe seleccionar al menos una opción*):

☐ Informes de laboratorio de enfermedades o infecciones de transmisión sexual
☐ Salud emocional y psicológica ☐ La solicitud no incluye registros confidenciales

3. Fechas de servicio a ser divulgadas:

☐ TODAS las fechas de servicio ☐ Fechas de servicio específicas: _____

4. Mis registros podrían ser divulgados a la siguiente persona o compañía:

Nombre de la persona o compañía: _____

Dirección postal o dirección de correo electrónico: _____

5. Autorizo a Coram a divulgar mis registros con el propósito de:

☐ A pedido del paciente o del representante personal del paciente (sin propósito específico)
☐ Propósito específico: _____

6. Esta autorización tendrá vencimiento 6 meses después de que la firme como se muestra a continuación, a menos que ingrese una fecha de vencimiento distinta aquí: ____/____/____

7. Al firmar más abajo, entiendo y acepto lo siguiente:

- Es posible que mis registros incluyan información confidencial relacionada con el tratamiento de enfermedades de salud mental, abuso de sustancias o alcohol, enfermedades de transmisión sexual como el VIH y sida u otras enfermedades contagiosas o no contagiosas, e información de marcadores genéticos.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento dirigiéndome a Coram a la dirección o al correo electrónico que se indica al final de esta forma, excepto en la medida en que Coram haya actuado en función de esta autorización.
- Entiendo que la firma de esta autorización es un acto voluntario y que este documento no afectará mis oportunidades de obtener tratamiento, cualquier pago de un tratamiento o la posibilidad de inscripción o de cumplimiento con los requisitos para recibir beneficios desde Coram. Una fotocopia o un fax de esta autorización firmada tienen la misma validez que el original y se aceptarán.
- Es posible que quien obtenga mis registros no deba cumplir con las normas de privacidad aplicables y podrá compartirlos con otras personas. Eso significa que es posible que las leyes de privacidad federales o estatales ya no protejan la información de mis registros.
- Puedo enviar la forma completa a Coram a la dirección que se indica abajo. O bien, puedo enviarla por fax al **1-951-256-4598**. También puedo enviarla por correo electrónico a **DL-ROI@coramHC.com**, pero entiendo que las comunicaciones enviadas por este medio no son seguras a menos que se envíen utilizando tecnología que cifre el correo electrónico. Existe la posibilidad de que la información incluida en un correo electrónico sin cifrar pueda ser interceptada y leída por otras partes.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del paciente o del representante personal*

Fecha

**Si firma alguien que no sea el paciente, deberá escribir su nombre completo, explicar su facultad para actuar en nombre de este paciente y proporcionarnos la documentación probatoria de tal facultad (es decir, poder legal o forma de tutela):*

Coram
Attention: ROI
1471 Business Center Dr., Suite 500
Mount Prospect, Illinois 60056

Fax: **1-951-256-4598**
Correo electrónico: **DL-ROI@coramHC.com**

Rev. 1/2023