



Burkhart
Pediatric &
Adolescent
Dermatology

(919) 476-1118 | (855) 878-6037

135 Parkway Office Court - Suite 201

Cary, NC 27518

info@burkhartpediatricdermatology.com

www.burkhartpediatricdermatology.com

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD (PHI) EN RELACIÓN CON LA HIPAA

Instrucciones: Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology, PLLC cumple con las disposiciones de la HIPAA. Nos tomamos muy en serio nuestra obligación legal de proteger la información confidencial de nuestros pacientes. Ofrecemos a todos los pacientes y a sus familias la oportunidad de leer nuestra Declaración sobre prácticas de privacidad (NPP) de la HIPAA y les pedimos que acusen recibo por escrito. Ayúdenos a seguir respetando la privacidad de los pacientes y a cumplir con la ley; para ello, le pedimos que complete este formulario de autorización para darnos permiso para hablar de la información del paciente con personas específicas, como pueden ser cónyuges, otros adultos, niños, etc.

He tenido la oportunidad de leer la Declaración sobre prácticas de privacidad de la HIPAA de Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology, PLLC en relación con el uso y la divulgación de información protegida sobre la salud (PHI). Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización para divulgar PHI y que mi negativa no afectará de ningún modo el tratamiento, los pagos, la suscripción a un plan médico ni la elegibilidad para recibir beneficios. También entiendo que se necesita mi firma para completar esta solicitud.

Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology, PLLC podrá usar y divulgar toda mi PHI o partes específicas de la misma como se explica a continuación, solamente con el fin que aquí se identifica y por el tiempo indicado o hasta que acabe el evento para el cual firmé la autorización. Mi autorización no es un permiso general para usar y divulgar mi PHI.

Me reservo en todo momento el derecho a revocar esta autorización a usar y divulgar mi PHI. Si decido ejercer este derecho, presentaré una solicitud escrita al gerente de práctica de Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology, PLLC.

Entiendo que la parte que reciba mi PHI podrá volver a usar o divulgar la información recibida. Después de ello, puede que la PHI ya no esté protegida por las normas de confidencialidad federales o estatales.

Entiendo que Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology, PLLC podrá cobrar por copiar los expedientes médicos para los que haya autorizado su uso y divulgación.

He leído la información relacionada con el uso y divulgación y entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario.

Continuado

Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
PROTEGIDA SOBRE LA SALUD (PHI) EN RELACIÓN CON LA HIPAA - página 2**

Número de expediente médico: (a completar por la consulta) _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Como paciente o persona autorizada para actuar en nombre del paciente, autorizo el uso y divulgación de la siguiente información protegida sobre la salud (PHI) como se describe a continuación.

Yo, (NOMBRE): _____, por la presente autorizo a Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology, PLLC a divulgar la información siguiente:

- ____ Todo el historial
- ____ Las notas de oficina
- ____ Las notas de procedimientos
- ____ Los informes de radiología
- ____ Los resultados de las pruebas de laboratorio
- ____ Salud mental
- ____ Otro _____

Divulgar información a: (nombre y relación con el paciente)

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Propósito de la divulgación: _____

Período de tiempo: (año natural, hospitalización próxima, etc.) _____

Firma del paciente o de la persona autorizada a actuar en su nombre:

Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____