



Center for Vein Restoration

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) DEL PACIENTE

CVR Verification Recv'd: _____ By: _____

- Medical Record Number: _____

- Birth Date: _____

- Location: _____

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento
(DD/MM/AAAA)

Número de teléfono del paciente

Apellido de soltera?

I. DIVULGAR INFORMACIÓN DESDE:

(Seleccione solo uno/Se requiere de solicitudes distintas)

CVR Ubicación: _____ Otro

(Nombre del proveedor, especialidad, dirección, teléfono y fax)

Neym: _____

Dirección: _____

El telefono: _____

Fax: _____

DIVULGAR INFORMACIÓN HACIA:

(Seleccione solo uno/Se requiere de solicitudes distintas)

CVR - Ubicación: _____

Paciente o Otro (Nombre del proveedor, especialidad, dirección, teléfono y fax)

Neym: _____

Dirección: _____

El telefono: _____

Fax: _____

II. PROPÓSITO DE LA SOLICITUD DE DIVULGACIÓN:

- Solicitud del paciente (copia o revisión) - Permitir que _____ esté presente durante el encuentro
 - Tratamiento/Atención - Legal/Abogado - Otro (especificar): _____

III. INFORMACIÓN A SER DIVULGADA: (expedientes, período de tiempo y método de entrega):

Por la presente, autorizo a CVR a divulgar y entregar los siguientes tipos de información de salud:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Expedientes médicos - (marcar <input checked="" type="checkbox"/> el tipo de expediente a continuación) | <input type="checkbox"/> Registros de facturación |
| <input type="checkbox"/> Visitas al consultorio - Consulta/Seguimiento - solamente | <input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Interpretaciones de ultrasonido - solamente | |
| <input type="checkbox"/> Comentarios quirúrgicos - solamente | |

Fechas de los servicios - (DD/MM/AAAA)

De:

Para:

Proporcione la PHI en - (seleccione uno)

Enviar la PHI por - (seleccione uno)

- Impreso -o-

-Correo -o- -Fax -o- -Correo electrónico seguro -o-

- Formato digital (Adjuntar \$25)

-Portal de pacientes del CVR;

Correo electrónico o fax: _____

IV.

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN: Al firmar a continuación, declaro formalmente la autoridad para firmar y permitir la divulgación de mi información de salud protegida tal y como se especifica anteriormente. Entiendo que después de que el CVR divulgue mi PHI es posible que esta ya no siga protegida por la Ley de Privacidad. Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo anularla al presentar mi revocación por escrito. Esta autorización es válida por un período de hasta 180 días a partir de la fecha que se indica a continuación. La mayoría de los estados permiten un máximo de treinta días para procesar las solicitudes; sin embargo, los expedientes con fines de tratamiento se pueden enviar por fax al proveedor de atención médica cuando así lo solicite. Según lo permitido por la ley estatal, el CVR puede cobrar una tarifa por generar los expedientes. Como mínimo, se cobrará una tarifa de procesamiento de \$6.50 por transferencias de expedientes que no sean del proveedor. Se puede aplicar un cargo adicional.

Firma del paciente (o representante personal)

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante personal

Autoridad (tutor, poder notarial, albacea)

CVR USE: Delivery (How/Who/When): _____

Devolver la autorización firmada a: CVR Medical Records Dept - 7474 Greenway Center Dr, Suite 1000, Greenbelt, MD 20770

Correo electrónico: medrec@centerforvein.com Fax: (240) 473-4323

Si tiene alguna pregunta Comuníquese con el Departamento de Expedientes Médicos del CVR al (240) 965-3890



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA

Autorización para la divulgación de la información de salud protegida del paciente (PHI) del CVR

Si está solicitando el acceso o desea una copia de su expediente médico, lea estas instrucciones. Según las Normas de Privacidad de HIPAA, el Centro de Restauración de Venas (CVR) debe salvaguardar el uso y la divulgación de la información de salud del paciente que se denomina "Información de Salud Protegida" o (PHI). Los pacientes del CVR pueden acceder a su PHI mediante el *portal de pacientes en línea seguro del CVR* o presentando una **solicitud de autorización** por escrito (este formulario).

Portal de pacientes del CVR	https://www.medfusion.net/centerforveinrestorationmdllc-28001/portal/#/user/login ; Iniciar sesión, hacer clic en 'Ask a Question' [preguntar]; 'Request Health Records' [solicitar expedientes médicos].
Autorización para entregar el formulario de la PHI	Si no se obtiene mediante el portal, <u>el CVR requiere de su autorización por escrito</u> antes de la entrega de la PHI que no esté relacionada con "tratamiento, pago u operaciones de atención médica" o que se requiera de alguna otra manera.

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: Complete el formulario de autorización para entregar la PHI como se indica a continuación.

Paso 1: A los efectos de verificar, ingrese su: Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido), fecha de nacimiento y El telefono.

Paso 2 - Complete la sección I: Definir si la PHI será "Divulgada desde" y "Divulgada hacia".

Motivo de la solicitud: "Usted desea..."	↓ (Marque la casilla) Divulgar información DESDE	↓ (Marque la casilla) Divulgar información HASTA
Copiar los expedientes de paciente	<input type="checkbox"/> CVR - Ubicación:	<input type="checkbox"/> Paciente (ingrese su dirección y número de teléfono)
Que se envíen los expedientes del CVR a otra entidad/proveedor	<input type="checkbox"/> CVR - Ubicación:	<input type="checkbox"/> Otro (ingrese el destino: nombre del proveedor, especialidad, dirección, teléfono y fax)
Que se envíen los expedientes de otro proveedor al CVR	<input type="checkbox"/> Otro (ingrese el origen: nombre, especialidad, dirección, teléfono y fax)	<input type="checkbox"/> CVR - Ubicación: (Indique la ubicación de su centro de tratamiento - [Ciudad])

Paso 3 - Complete la sección II: Indique el propósito/motivo de la solicitud de entrega (*seleccione solo uno*). Este formulario también se utilizará si el paciente solicita/requiere que otra persona lo acompañe durante un encuentro (por ejemplo, representante personal, cuidador o intérprete). Ingrese el nombre de la persona después de 'Permit _____' [autorización]. Si no se indica el motivo, seleccione 'Other' [otro] y escríballo.

Paso 4 - Complete la sección III: Especifique el detalle del expediente - (tipo de expediente, período de tiempo, medios y envío). **Tipo de expediente:** Marque la casilla junto a los tipos de expediente que desee. (*seleccione todas las que correspondan*)

- **Período de tiempo:** Defina las fechas 'From' [desde] y 'To' [hasta] - Utilice el formato de fecha (DD/MM/AAAA).
- **Medios:** CVR puede proporcionar expedientes impresos o versiones electrónicas en un CD (*seleccione solo uno*).
- **Método de envío:** Indique cómo desea recibir los expedientes (*seleccione solo uno*).

Paso 4 - Cierre de sesión en la Sección IV: Lea la "Autorización de divulgación" para entender sus derechos y los detalles de la divulgación del expediente. El paciente debe firmar y fechar donde se indica. Si un representante personal u otro cuidador está involucrado, escriba su nombre en la segunda línea y defina la base de su autoridad para actuar en nombre del paciente. Las leyes estatales permiten el cobro de "importes razonables" por las tarifas de producción, envío o manejo de los expedientes antes de la entrega de estos.

Enviar - Devolver autorización firmada al CVR: Autorización - entregar personalmente, enviar por correo postal, correo electrónico o por fax a:

CVR Medical Record Dept.
7474 Greenway Center Drive, Suite 1000
Greenbelt, MD 20770-3500

Correo electrónico: medrec@centerforvein.com **Fax:** (240) 473-4323

Si tiene alguna pregunta Comuníquese con el Departamento de Expedientes Médicos del CVR al (240) 965-3890