

BioReference

LABORATORIES

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA A UNA TERCERA PARTE

Nombre del paciente: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Tel. preferido: ___/___/___ sañale: celular casa negocio
Mes/Día/Año

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Autorizo a BioReference Laboratorios, Inc. revelar mi (solicitar/marcar todos los que correspondan):

Análisis de laboratorio:

Nombre de la prueba _____ Núm. ID de prueba _____ Médico que
ordena _____ Fecha de recolección _____

Informe(s) de patología:

Nombre de la prueba _____ Núm. ID de prueba _____ Médico que
ordena _____ Fecha de recolección _____

Otro:

Nombre de la prueba _____ Núm. ID de prueba _____ Médico que
ordena _____ Fecha de recolección _____

Expedientes a revelarse ___ incluir ___ no incluir información relacionada con VIH.

___ incluir ___ no incluir información sobre alcoholismo o drogadicción

___ incluir ___ no incluir información psiquiátrica

Para Proveedor de atención de salud Compañía de seguro o parte designada Abogado

Tribunal Policía Empleador Otro: _____

Nombre: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Razón de la divulgación Petición del paciente Otra: _____

No pondremos condiciones para brindarle tratamiento o para el pago, sea o no que firme esta autorización. Sin embargo, si se niega a firmar, no revelaremos sus expedientes.

Entiendo que esta autorización es válida durante un año a partir de esta fecha o hasta el _____ y yo la puedo revocar por escrito en cualquier momento, a excepción de que BioReference Laboratories, Inc. ya haya seguido una acción con base en mi autorización (o a menos que esta autorización se dé como una condición de obtener cobertura de seguro y que la compañía de seguros tenga ciertos derechos legales para impugnar una reclamación en conformidad con la póliza).

ACUERDOS ESPECÍFICOS

Entiendo que este consentimiento puede incluir la revelación de información de alcoholismo y drogadicción, información psiquiátrica e/o información relacionada con VIH (indicando que me he sometido a una prueba relacionada con el VIH, que tengo la infección del VIH, una enfermedad relacionada con VIH o SIDA, o que podría indicar que existe la posibilidad de que haya estado expuesto al VIH). Si autorizo la revelación de información de VIH/SIDA, tratamiento para alcoholismo o drogadicción, o información relacionada con tratamiento de salud mental, el receptor o los receptores de la información tienen prohibido revelar posteriormente la información sin mi autorización, a menos que lo permita la ley federal y estatal.

Al firmar este formulario de autorización, autorizo el uso o la revelación de mi información de salud protegida de la manera que se describe previamente. Esta información se puede revelar posteriormente si los receptores, de acuerdo a lo que se describe en este formulario, no están obligados legalmente a proteger la privacidad de la información, y dicha información ya no está protegida por los reglamentos federales de privacidad de información de salud.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Representante personal

Firma: _____ Nombre en letra de molde: _____

Autoridad: _____ Núm. de Tel.: _____

Dirección: _____ Fecha: _____

{El representante personal debe firmar únicamente si el paciente es un menor o no puede firmar por sí solo}

Para solicitar expedientes o revocar la autorización, envíe una solicitud escrita con atención a:

HIPAA Privacy Office

481 Edward H. Ross Drive

Elmwood Park, NJ 07407,

Fax: 201-791-1941 _____

Sólo para uso de BRLI

Fecha de recepción: (ME/DÍ/AÑ) _____/_____/_____

Respuesta de la solicitud: _____ OTORGADA _____ NEGADA _____ PARCIALMENTE
NEGADA

Se notificó al paciente por escrito en esta fecha: (ME/DÍ/AÑ) _____/_____/_____

Monto cargado por esta solicitud (según corresponda): \$ _____

Nombre completo del miembro del personal que procesa esta solicitud:

Se mostró identificación emitida por el gobierno

Se emitió copia al paciente

Se envió copia a la Oficina de Privacidad de HIPAA