

Fecha:

Nombre

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Identificación del miembro:

Fecha de nacimiento del miembro:

Estimado miembro:

De acuerdo con los requisitos de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) de 1996, que incluye, entre otros, el párrafo 164.508 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR); las leyes federales sobre divulgación de registros de abuso de alcohol y otras sustancias; el párrafo 2 del Título 42 del CFR y siguientes; las leyes de registros del estado de Indiana relativas a los registros médicos; y los registros relacionados con abuso de alcohol y otras sustancias o enfermedades transmisibles, la presente carta sirve para obtener autorización para usar o divulgar información sobre su información de salud protegida (PHI). El intercambio de información sobre su atención médica, como recetas y recomendaciones de tratamiento, es fundamental para la coordinación segura y eficaz de su atención.

Consentimiento del miembro

Al firmar a continuación, autorizo que la siguiente información se comparta con las personas u organizaciones de atención médica identificadas a continuación en beneficio de mi atención médica, y según lo determinen los profesionales de atención médica de MDwise y otros empleados de MDwise. Además, autorizo que la información a continuación se divulgue en la medida necesaria para cumplir y completar el propósito de la divulgación.

- Registros médicos, como aquellos relacionados con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica
- Registros de enfermedades transmisibles
- Registros VIH/SIDA
- Registros de abuso de alcohol
- Registros de abuso de sustancias

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la organización autorizada anteriormente para divulgar la información. Esta autorización caducará cuando finalice mi participación en el plan de MDwise en el que estoy inscrito, a menos que la revoque por escrito antes de la finalización. Conforme a las leyes vigentes, los registros de abuso de sustancias divulgados en virtud de esta autorización no pueden volver a divulgarse. Sin embargo, el destinatario puede volver a divulgar otros registros divulgados en virtud de esta autorización, y es posible que ya no estén protegidos.

Firma del miembro/representante designado del miembro

Fecha

Consentimiento para hablar con otra persona

Como se indicó anteriormente, doy mi consentimiento para que MDwise hable con las siguientes personas en mi nombre sobre los asuntos y registros, y en la medida en que se abordaron anteriormente.

_____	_____
Nombre	Relación

_____	_____
Nombre	Relación

Autorización para divulgar información a otras organizaciones de atención médica

Como se indicó anteriormente, doy mi consentimiento para que MDwise divulgue la información y los registros, en la medida indicada anteriormente, a las siguientes organizaciones de atención médica.

[Nombre de la organización de atención médica
Dirección de la organización de atención médica]

[Nombre de la organización de atención médica
Dirección de la organización de atención médica]