

AUTORIZACIÓN/NOTIFICACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA

Por la presente autorizo a Cigna HealthCare of Arizona, Inc. dba Evernorth Care Group (“el grupo”) anteriormente conocido como Cigna Medical Group, sus empleados y/o agentes a divulgar a las personas físicas o jurídicas designadas en este formulario mi información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) descrita aquí, en el formato y de la manera que se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria y se realiza para confirmar mis instrucciones. Entiendo que una vez que se divulga la información, es posible que deje de estar protegida por las reglamentaciones sobre privacidad federales y que sea divulgada nuevamente por el receptor a otras partes. **Por favor, escriba sus respuestas con letra de molde en tinta y complete todos los campos.**

1. VERIFICACIÓN: La siguiente información se necesita para verificar la identidad.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted: _____

2. DESTINO DE LOS REGISTROS: La información se divulgará únicamente a la persona física o jurídica que se indica abajo.

Nombre del destinatario: _____

Dirección: _____

Número de teléfono del destinatario: _____ Número de fax del destinatario: _____

3. FINALIDAD DE LA DIVULGACIÓN

Continuidad del cuidado de la salud: Fecha de la cita futura _____ A solicitud de la persona

Otra: _____

4. DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

Copias de todos los registros médicos durante los últimos 2 años de tratamiento

Copias de los registros médicos desde el (fechas): _____ hasta el _____

Resultados de laboratorio desde el (fechas): _____ hasta el _____

Radiografías/imágenes de diagnóstico desde el (fechas): _____ hasta el _____

Perfil de farmacia Facturación: Constancia de valor equivalente (EVS) Constancia de copago

Otro (especifique): _____

Entiendo que es posible que la información divulgada contenga otra información confidencial acerca de mí, como información sobre enfermedades contagiosas (incluidas enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, según lo definido en los Artículos 36-661 y 36-664 del A.R.S.), información sobre pruebas genéticas/antecedentes genéticos (según lo definido en el Artículo 12-2801 del A.R.S.), información sobre salud mental/del comportamiento y trastornos de consumo de sustancias/tratamiento (según lo definido en el Artículo 2.1 del Título 42 del CFR), atención de salud reproductiva (45 CFR sección 160.103), e información sobre discapacidades del desarrollo. Mi consentimiento incluye la divulgación de otra información sobre la salud confidencial relacionada con la divulgación de mi información sobre la salud, a menos que haya proporcionado instrucciones específicas en el espacio que sigue.

5. REGISTROS DE PSICOTERAPIA (Opcional). Por favor incluir las **Notas de psicoterapia confidenciales** (según lo definido en el Artículo 164.501 del Título 45 del CFR), por ejemplo notas de sesiones de psicoterapia privadas, según el siguiente detalle:

Copias de los registros de la terapia desde el (fechas): _____ hasta el _____

6. FORMATO/MANERA DE DIVULGACIÓN

CLINIC USE ONLY - MRN: _____

Papel – Por defecto, se usará un tamaño de **fuentes estándar**.

Fuente opcional (marcar una): Grande Extragrande

Portal para pacientes – formato pdf. *(El paciente o su apoderado deben tener una cuenta de MyChart activa para el paciente indicado).*

Formato electrónico (se enviará un CD por correo, a menos que se indique lo contrario): Archivo PDF

Archivo PDF para lector de pantalla Documento CCD de resumen clínico del paciente (formato xml)

Documento CCD de resumen clínico de la consulta (formato xml)

Enviar por correo electrónico a: _____ *(se enviará encriptado a menos que la solicitud especifique lo contrario)*

Otro (especifique): _____

TENGA EN CUENTA QUE:

Si la información suministrada en este formulario no está del todo completa, Evernorth Care Group le devolverá el formulario y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta tanto el grupo reciba toda la información requerida. Es posible que no tenga derecho a recibir la totalidad de su PHI, lo que incluye información como notas de psicoterapia (según lo definido en el Artículo 164.501 del Título 45 del CFR) o información recopilada cuando se prevea razonablemente que se iniciará una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, o para usarla en dicha acción o procedimiento.

Por el presente libero al grupo, sus médicos y empleados de toda responsabilidad por cumplir con esta solicitud de autorización para la divulgación de mi información médica. He prestado mi consentimiento libre y voluntariamente, y sin coacción. Podré revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando notifique por escrito a tal efecto al grupo. Entiendo que la divulgación de información que se haya realizado antes de mi revocación y de conformidad con esta autorización no constituirá una violación de mi derecho a la confidencialidad. Para determinada información relativa a menores, se aplicarán las leyes federales y las leyes estatales del estado de Arizona, y se requerirá la firma del paciente menor de edad antes de cualquier divulgación. Entiendo que una fotocopia o fax de esta autorización se considera aceptable en reemplazo del original.

7. VENCIMIENTO: Este consentimiento vencerá **1 año** después de la fecha de firma a continuación.

8. FIRMAS:

He leído y comprendo la información incluida más arriba: **(Nombre en letra de molde)**

Firma del paciente/tutor/representante personal: _____ **Fecha:** _____

Relación si no firma el paciente (o descripción de la competencia para actuar por el paciente): _____

Si esta solicitud es realizada por un padre/tutor, complete lo siguiente:

El paciente es un menor de _____ años de edad. Si el paciente menor tiene 12 años o más, el grupo requerirá la autorización del menor antes de divulgar información confidencial o que el menor complete el formulario de Solicitud de representante personal del grupo para el padre/tutor registrado en los archivos; de lo contrario, los registros se revisarán y se eliminará la información confidencial.

Firma del menor: _____ **Fecha:** _____

Testigo (nombre en letra de molde): _____ (Firma) _____ **Fecha:** _____

Telefónica/verbal: La ID del formulario se verificó, se revisó en su totalidad y se documentó según la solicitud del paciente/representante. Se requiere la firma de aprobación de 2 empleados de Evernorth Care Group que hayan sido testigos de la autorización.

2.º testigo (nombre en letra de molde): _____ (Firma) _____ **Fecha:** _____

Tenga en cuenta que, si no lo suministró aún, el grupo le pedirá un comprobante para verificar la competencia del representante personal antes de que esta solicitud se considere completa, lo que puede incluir una copia de un poder legal de cuidado de la salud válido, un formulario de Solicitud de representante personal del grupo u otros documentos relevantes.

EVERNORTH Care Group™