

## EXPEDIENTE DEL/DE LA PACIENTE SOBREDIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

En general, la norma de privacidad de HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico, por sus siglas en inglés) estipula que toda persona puede solicitar que se restrinja el uso y la divulgación de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). También estipula que toda persona tiene el derecho de solicitar que se comunique información confidencial o información de salud protegida de manera alternativa, como por ejemplo mandando la correspondencia a la oficina de la persona en cuestión en vez de mandarla a su domicilio.

### Deseo que contacten conmigo de la siguiente manera (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Teléfono de la casa \_\_\_\_\_
- Pueden dejar mensaje con información detallada en el contestador
- Dejar mensaje con teléfono a llamar solamente
- Comunicación por escrito
- Pueden mandar la información a mi dirección de domicilio particular
- Pueden mandar la información a mi dirección de trabajo/oficina
- Pueden mandar la información por fax a este número \_\_\_\_\_
- Teléfono en el trabajo \_\_\_\_\_
- Pueden dejar mensaje con información detallada en el contestador
- Dejar mensaje con teléfono a llamar solamente

*Tiene la opción de nombrar una persona y otorgarle el derecho de acceder a su información de salud protegida. No hace falta que esa persona sea un médico, ya que los médicos podrán solicitar acceso a su información por separado. No tiene que nombrar a nadie si así lo desea.*

El Stateline Medical Center está autorizado a divulgar mi información de salud protegida a la siguiente persona:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La regla de privacidad por lo general estipula que proveedores de servicios de salud deberán tomar medidas razonables para limitar el uso y la divulgación de información de salud privilegiada así como las solicitudes de la misma al mínimo necesario para alcanzar el propósito intencionado. Estas estipulaciones no aplican en el caso de usos o divulgaciones hechas en base a una solicitud autorizada por la persona en cuestión.

***Nótese: En casos de emergencia, el uso y la divulgación para órdenes de alejamiento contra la violencia familiar pueden ser permisibles sin previo consentimiento.***

Escribir en letra de molde

Nombre del/de la paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_