CULINARY Health Center

Autorización para Compartir la Información de Salud Protegida

Los pacientes tienen el derecho de solicitar para ver u obtener una copia de su Información de Salud Protegida (PHI por sus siglas en inglés) o hacer que el Centro de Salud de la Culinaria (CHC por sus siglas en inglés) envíe su PHI a otra persona u organización. Por favor tenga en cuenta que es posible que los pacientes deban pagar una tarifa razonable, basada en el costo de las copias (incluyendo el costo de los suministros y la mano de obra) y/o el envío postal. Los pacientes serán notificados con anticipación si se requiere el pago de una tarifa. Para realizar cualquiera de estas solicitudes, por favor complete y envíe este formulario a:

- ❑ **En persona:** Entregarlo en el CHC
- ❑ **Por correo a:** cualquier ubicacion de la culinaria
- ❑ **Por fax a:** 702-462-9932
- ❑ **Por correo electrónico a:** service-las@vrcofnv.com
  Tenga en cuenta: Si usted elige enviar información personal a CHC por correo electrónico, no podemos garantizar que permanecerá privada o segura hasta que sea recibida.

Para obtener ayuda: Llame **702-790-8000** y pregunte por el Equipo de Experiencia del Paciente o el Equipo de Privacidad de HIPAA.

Marque Una Casilla:	❑ Soy el/la participante/miembro. (Obtengo cobertura de seguro a través de mi trabajo.) ***Complete la Sección 1.*** ❑ Soy un dependiente (Soy familiar del participante/miembro y él/ella provee mi cobertura) ***Complete las Secciones 1 y 2.***

Sección 1: Información del Participante (Miembro)				
Apellido:	Primer nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: _____/_____/_____	#SS:		Teléfono:	
Calle:	Apto. #:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Sección 2: Información del Dependiente				
Nombre completo:	Relación con el/la Participante/Miembro:			
Fecha de nacimiento: _____/_____/_____	Edad:	Teléfono:		
Calle:	Apto. #:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Marque Una Casilla:	❑ Solicito ver y/u obtener una copia de mi PHI o la de mi dependiente. ***Complete la Sección 3.*** ❑ Solicito que se envíe una copia de mi PHI o la de mi dependiente a otra persona o entidad. ***Complete la Sección 4.***

Sección 3: Solicito ver y/u obtener una copia de mi PHI o la de mi dependiente.

Quiero que el Centro de Salud de la Culinaria me entregue la siguiente información:

_____

_____

_____

❑ Incluir toda la información relacionada con el abuso de alcohol, drogas o sustancias, examen genético, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y servicios de comportamiento y salud mental (no incluye notas de psicoterapia).

Elija la forma de entrega:

❑ Correo electrónico (proporcione el correo electrónico): _____

❑ Correo (proporcione la dirección): _____

❑ Recoger en el Centro de Salud de la Culinaria (le llamaremos cuando la información esté lista para ser recogida).

¿Quién recogerá la información?: _____

¿Relación con el paciente? _____

❑ Revisar en el Centro de Salud de la Culinaria (Usted deberá llamar al **702-790-8000** para programar una fecha y hora).

Sección 4: Solicito que se envíe una copia de mi PHI o la de mi dependiente a otra persona.

¿Cuál es el propósito de esta autorización? (Marque uno):

❑ A pedido mío ❑ Para un propósito diferente: _____

Quiero que el Centro de Salud de la Culinaria discuta y/o divulgue

❑ mi PHI o ❑ la PHI de mi dependiente a la siguiente persona u organización:

Persona/organización: _____ Teléfono: _____

Relación conmigo (mi hermana, doctor, abogado, etc.): _____

Elija la forma de entrega:

❑ Correo electrónico (proporcione el correo electrónico): _____

❑ Correo (proporcione la dirección): _____

Quiero que el CHC discuta y/o divulgue la siguiente información a la persona u organización nombrada anteriormente:

_____

_____

_____

❑ Incluir toda la información relacionada con el abuso de alcohol, drogas o sustancias, examen genético, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y servicios de comportamiento y salud mental (no incluye notas de psicoterapia)

Quiero que esta autorización expire (Marque uno):

❑ No hasta que yo la anule ❑ En esta fecha (Por favor especifique): _____

❑ Cuando ocurra el siguiente evento: _____

Si no marco una casilla, esta autorización se expirará en un año.

Yo autorizo el uso o divulgación de mi información de salud como se describe anteriormente. He leído y comprendo el contenido de este formulario. Yo comprendo que el Centro de Salud de la Culinaria no puede controlar la información después de ser divulgada. Yo comprendo que esta solicitud puede incluir cualquier informe, correspondencia, resultados de examenes, diagnósticos o procedimientos médicos. Yo comprendo que puedo revocar (cancelar) esta Autorización en cualquier momento al notificar por escrito al Equipo de Privacidad del Centro de Salud de la Culinaria, pero la revocación no afectará la información que ya fue divulgada. Si yo cancelo esta Autorización, no se compartirá información adicional, excepto cuando la ley lo permita o lo requiera.

Estoy firmando este formulario voluntariamente. No firmar esta Autorización no cambia mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios con UNITE HERE HEALTH y el Centro de Salud de la Culinaria.

Al firmar y fechar este formulario, estoy permitiendo que el Centro de Salud de la Culinaria comparta mi información médica, o la de mi dependiente, con la persona u organización nombrada anteriormente.

Sección 5: Requiere Firma y Fecha

Firma de la persona que autoriza la divulgación de PHI:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta:	Relación con el/la Participante/Miembro:

Section 6: For CHC Use Only	
Received by:	Date recieved:
❑ Copy mailed on:	❑ Copy given to individual on:

*Para los propósitos de esta Autorización, todas las referencias al Centro de Salud de la Culinaria o CHC (por sus siglas en inglés de Culinary Health Center) incluyen el Neighborhood Health Center, LLC.