Stanford Health Care (SHC)
300 Pasteur Drive
Stanford, CA 94305
Phone: 650-723-5721

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR ARCHIVOS EXPORTADOS DE INFORMACIÓN MÉDICA ELECTRÓNICA

Los archivos exportados de información médica electrónica incluyen todos los expedientes de facturación y la información médica que se encuentra dentro de su expediente médico legal de Stanford Medicine (p.ej., Stanford Health Care, Asociados de Stanford Medicine, y Stanford Health Care Tri-Valley).

Cuando rellene y firme este formulario, su información médica electrónica se divulgará del modo que usted describe en el formulario. Lea cada sección con atención y rellene las secciones obligatorias antes de firmar. Escriba en letra de molde y de manera legible toda la información al momento de completar este formulario y fírmelo en la última página.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*Nombre del paciente: Apellido(s)*_____*Nombre:*_____*Inicial segundo nombre:*_____

*Fecha de nacimiento:*_____*Teléfono:*_____*Número de expediente médico:*_____

SECCIÓN B: AUTORIZACIÓN

**Marque la casilla que corresponde al modo en que le gustaría que se divulgue su información:

AUTORIZA QUE SE DIVULGUE SU INFORMACIÓN MÉDICA ELECTRÓNICA DEL SIGUIENTE MODO:

❑ **A su cuenta electrónica de Stanford Health Care (p. ej., *MyHealth*)**
❑ **Subir a un dispositivo de memoria USB**

Designe a la persona o la institución a quien autoriza para recibir su información médica:

DIVULGAR A:_____

(Personas/instituciones autorizadas para recibir la información)

en la siguiente dirección:_____

(Calle)

_____

(Ciudad, estado, y código postal)

Stanford Health Care (SHC)
300 Pasteur Drive
Stanford, CA 94305
Phone: 650-723-5721

SECCIÓN C: INFORMACIÓN MÉDICA INCLUIDA

Los archivos exportados de información médica electrónica incluirán su información médica en un formato de lenguaje de computadora. Los archivos exportados de información médica electrónica no se pueden separar por una serie de fechas o por la institución médica específica en la cual lo atendieron. Además, generalmente se puede excluir la información confidencial de su expediente médico (p.ej. documentos que tengan que ver con la salud mental, pruebas de VIH, trastornos hereditarios, pruebas genéticas, servicios de planificación familiar, servicios de aborto/interrupción voluntaria del embarazo o servicios relacionados, atención de reafirmación de género, anticoncepción, y otros documentos confidenciales). Sin embargo, es posible que aun así se incluya información confidencial en su expediente médico (p.ej. historia clínica anterior u otra información implícita). **Puede solicitar una copia de su expediente médico en lenguaje legible, incluida la información confidencial, al rellenar el formulario de «Autorización Para el Uso o Divulgación de Información Médica Protegida».**

SECCIÓN D: VENCIMIENTO

Esta autorización vencerá automáticamente una vez que Stanford Health Care o sus afiliados proporcionen el archivo exportado de información médica electrónica.

SECCIÓN E: SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD Y CONSIDERACIONES PARA EXPORTAR INFORMACIÓN MÉDICA ELECTRÓNICA

- Puede negarse a firmar esta autorización. Su negativa no afectará su capacidad para recibir tratamiento o pagos del seguro ni su aptitud para recibir beneficios.
- Puede retirar esta autorización en cualquier momento antes de la divulgación de los archivos exportados de información médica electrónica. Esta autorización vencerá al momento en que termine la exportación de los archivos de información médica electrónica.
- Tiene el derecho a recibir una copia de esta autorización.
- **La información en el archivo exportado podría no ser comprensible; los datos brutos están diseñados y tienen un formato que únicamente se puede leer por una computadora.**
- El archivo exportado podría incluir información que puede que usted no haya comentado con su(s) profesional(es) médico(s); El archivo exportado podría incluir información que no quiere que se comparta con otras personas; y

Stanford Health Care (SHC)
300 Pasteur Drive
Stanford, CA 94305
Phone: 650-723-5721

- El archivo exportado podría incluir errores inesperados e imprevistos (p.ej. cambios involuntarios en el texto/los datos, información no prevista para divulgación, información ausente, u otros errores).

SECCIÓN F: AVISOS ANTES DE FIRMAR

- Puede que el destinatario de la información médica que se divulgue como resultado de su firma en esta autorización vuelva a divulgar dicha información. Si esto sucede, puede que la información médica que se haya vuelto a divulgar ya no esté protegida por leyes de privacidad estatales o federales. Tome en cuenta que, si desea imponer restricciones sobre el uso de la información médica por parte del destinatario, debe contactar al destinatario directamente.

- Si tiene preguntas sobre sus derechos de privacidad, comuníquese con el Departamento de Cumplimiento y Privacidad *(Compliance and Privacy Department)* de Stanford Health Care al 650-724-2572.

- Si tiene preguntas sobre este formulario de autorización o sobre la divulgación de su información médica, comuníquese con el Departamento de Cumplimiento y Privacidad de Stanford Health Care. Si tiene más preguntas sobre la divulgación de la información de su expediente médico, comuníquese con el Departamento de Servicios de Gestión de Información Médica *(Health Information Management Services, HIMS)* al 650-723-5721.

SECCIÓN G: CONFIRME LA AUTORIZACIÓN

Firme y escriba la fecha en este formulario para autorizar que Stanford Health Care divulgue su información como se detalla en este formulario.

Nombre del paciente (letra de molde):_____

Name of Patient (please print)

Nombre del representante legal que firma este formulario, si corresponde (letra de molde): _____

Name of legal representative signing this form, if aplicable (please print)

*Parentesco/relación con el paciente:*_____

Relationship to patient

Stanford Health Care (SHC)
300 Pasteur Drive
Stanford, CA 94305
Phone: 650-723-5721

*Dirección del paciente o del representante legal que firma este documento, (letra de molde):*_____

Address of patient or legal representative signing this form (please print)

*Número de teléfono del paciente o del representante legal que firma este formulario:*_____

Phone of patient or legal representative signing this form

Si usted no es el paciente y firma este formulario de autorización, describa qué autoridad tiene para firmar en nombre del paciente y **PRESENTE LA DOCUMENTACIÓN LEGAL CORRESPONDIENTE:**

_____

_____

Firma del paciente o del representante legal / *Signature of patient or legal representative*:

_____Fecha / Date:_____

DEBE ENTREGARSE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN AL SOLICITANTE.

(For Office Use Only)

Patient/Representative Identification Verified: ***SHC ROI Staff Initials:*** _____