

Nombre del Estudiante

Número de Estudiante

### NOTIFICACION DE USO Y AUTORIZACION DE DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) del 1996 y la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente requieren orientación y consentimiento sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida, previo a brindarle el servicio de salud que ha de solicitar.

Como proveedor de servicios de salud, el Departamento de Servicios Médicos (DSM) y su personal, tienen la obligación de proteger y asegurar la confidencialidad de su información de salud. Esta información, compilada en su expediente médico, incluye: historial médico, resultados de pruebas y exámenes diagnósticos, síntomas, tratamientos, y planes de cuidado de salud. Esta información puede ser utilizada para: a) planificar su cuidado y tratamiento, b) medio de comunicación entre los profesionales que participan de su cuidado de salud, c) como fuente de información para determinar un diagnóstico médico-quirúrgico, d) para fines de facturación y auditorías de utilización de servicios por parte de su plan médico, y/o e) para fines de auditoría de calidad y efectividad de los servicios.

Al firmar esta autorización, usted autoriza al DSM, a través de su personal y socios de negocio, a utilizar su información de salud y divulgarla dentro de los parámetros permitidos por ley, listados en resumen en el párrafo anterior. La efectividad de este consentimiento está condicionada a solicitar y recibir servicios médicos en el DSM. El mismo no es de aplicación a solicitud de copia, total o parcial, del expediente, y/o divulgación a terceros. Para estas divulgaciones deberá completar los formularios de autorización correspondientes.

De interesar examinar en detalle la Política de Privacidad del DSM puede accederla en la sección de 'documentos y formularios' del portal web del DSM y/o solicitarla al personal del DSM.

Certifico que he leído las disposiciones de esta autorización, que lo entiendo, y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

**Firma del Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Fecha y lugar de nacimiento del Estudiante:** \_\_\_\_\_

**\* Firma del Padre o Tutor del Estudiante:** \_\_\_\_\_

**\* Nombre del Padre o Tutor del Estudiante:** \_\_\_\_\_

**\* Relación con el Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

\* Requerido para pacientes menores de 21 años de edad, no emancipados. Los formularios de pacientes menores de edad emancipados o con firma del Tutor deberán estar acompañados con copia de la determinación judicial.