



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Fax: 531-355-0001

Correo electrónico: medical.records@boystownhospital.org

MR# _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección (Ciudad/Estado/Código Postal) _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico _____ @ _____

Divulgar la Información De:

Proveedor/Nombre de la Instalación: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax _____

Divulgar la Información A:

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax _____

Información para ser Divulgada:

Fechas de los Servicios: Del: _____ Al: _____

Clínica		Hospital		Secundarios		Otros			
<input type="checkbox"/>	Alergia	<input type="checkbox"/>	Neurología	<input type="checkbox"/>	Expedientes de Anestesia	<input type="checkbox"/>	TAC / IRM	<input type="checkbox"/>	Registro de Vacunas
<input type="checkbox"/>	Audiología / Coclear	<input type="checkbox"/>	Oftalmología	<input type="checkbox"/>	Salud Mental/CTRI	<input type="checkbox"/>	EEG	<input type="checkbox"/>	Registros Detallados de la Facturación
<input type="checkbox"/>	Craneofacial	<input type="checkbox"/>	Ortopedia	<input type="checkbox"/>	Reportes de la Consulta	<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>	Nutrición
<input type="checkbox"/>	Oídos, Nariz, Garganta	<input type="checkbox"/>	Pediatría	<input type="checkbox"/>	Resumen del Alta	<input type="checkbox"/>	Exámenes de Laboratorio	<input type="checkbox"/>	Escuela / Permiso Laboral
<input type="checkbox"/>	Gastroenterología	<input type="checkbox"/>	Psiquiatría	<input type="checkbox"/>	Historial & Examen Físico	<input type="checkbox"/>	Polisomnografía	<input type="checkbox"/>	Comunicación Verbal
<input type="checkbox"/>	Medicina Interna	<input type="checkbox"/>	Habla & Lenguaje	<input type="checkbox"/>	Reporte de la Cirugía	<input type="checkbox"/>	Rayos X		
Otro: _____									

Propósito para el cual va a ser utilizada la información:

- Referido para un Tratamiento Seguro Médico Evaluación
 Cambio de Doctores Personal / A Petición del Paciente Otro (Por favor Especifique)

La ley Estatal y Federal protege la siguiente información. Por favor marque la casilla si quiere incluir esta información con sus expedientes.

- Expedientes de Alcohol, Drogas, o Abuso de Sustancias Pruebas y Resultados del VIH

Formato de la Divulgación: Papel CD/DVD

Método para la Divulgación: Correo Recoger Personalmente Fax Email Portal

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser hecha por escrito y presentada o enviada por correo a Medical Records Department en Boys Town National Research Hospital en 555 North 30th St. Omaha, NE 68131. La revocación no aplicará para la información que ya ha sido divulgada por medio de esta autorización.
- A menos que sea revocada, esta autorización caducará en un año desde la fecha en que haya sido firmada o en la siguiente fecha/circunstancia/condición _____, la que ocurra más pronto.
- El tratamiento, pago, registro, o elegibilidad para los beneficios no pueden ser condicionados a que yo firme esta autorización.
- Cualquier divulgación de la información conlleva el potencial de ser divulgada de nuevo sin ser autorizada, y la información no puede ser protegida por las leyes federales de confidencialidad.
- Las solicitudes de copias de los expedientes médicos son sujeto a cargos de reproducción de acuerdo a las regulaciones federales/estatales.
- Entiendo que he leído y comprendo completamente el formulario de Consentimiento sobre el correo electrónico que se encuentra con este formulario y que todas las divulgaciones de los expedientes que se hagan por medio del correo electrónico deben estar encriptados.

Paciente o persona autorizada para firmar por el paciente

Parentesco con el Paciente

Testigo

Fecha

**BOYS TOWN NATIONAL RESEARCH HOSPITAL
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO**

1. El Riesgo de Usar el Correo Electrónico

Transmitir información del paciente por correo electrónico tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar antes de usar el correo electrónico. Estos incluyen, pero no están limitados a, los siguientes riesgos:

- El correo electrónico puede ser distribuido, reenviado y almacenado en varias páginas y archivos electrónicos.
- El correo electrónico puede ser transmitido en todo el mundo y puede ser recibido por muchos destinatarios previstos y no previstos.
- Los que envían el correo electrónico fácilmente pueden enviarlo a la dirección equivocada.
- El correo electrónico es más fácil de falsificar que los documentos escritos o firmados.
- Pueden existir copias del correo electrónico incluso después de que el remitente o el/los destinatario(s) hayan eliminado su copia.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a archivar e inspeccionar los correos electrónicos transmitidos por medio de sus sistemas.
- El correo electrónico puede ser interceptado, alterado, reenviado, o utilizado sin autorización o detección.
- El correo electrónico puede ser utilizado para introducir virus a los sistemas de los computadores.
- El correo electrónico puede ser utilizado como evidencia en la corte.

2. Condiciones para el Uso del Correo Electrónico

BTNRH utilizará los medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información enviada o recibida por medio del correo electrónico. Sin embargo, debido a los riesgos descritos anteriormente, BTNRH no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico, y no será responsable de la divulgación indebida de información confidencial que no sea causada por la mala conducta intencional de BTNRH. Por tal motivo, los pacientes deben autorizar el uso del correo electrónico para la información del paciente. El consentimiento para usar el correo electrónico incluye el acuerdo expreso del paciente con las siguientes condiciones:

- a. Todos los correos electrónicos, de o para el paciente, con respecto al diagnóstico o tratamiento serán impresos y harán parte de los expedientes médicos del paciente. Otros individuos autorizados para acceder a los expedientes médicos, como el personal y el personal de facturación, tendrán acceso a esos correos electrónicos.
- b. El proveedor de salud puede reenviar los correos electrónicos internamente al personal y los agentes del Proveedor de salud como sea necesario para el diagnóstico, tratamiento, reembolso, y otras operaciones de la atención médica, o externamente a otras entidades que estén proporcionando servicios bajo contrato a nombre de BTNRH. Esas entidades son reguladas de la misma manera que BTNRH.
- c. A pesar de que BTNRH procurará leer y responder prontamente al correo electrónico de un paciente, BTNRH no puede garantizar que un correo electrónico en particular será leído y respondido dentro de un periodo de tiempo en particular. Por esta razón, los pacientes no deben utilizar el correo electrónico para emergencias médicas u otros asuntos urgentes.
- d. Si el correo electrónico del paciente requiere o solicita una respuesta del Proveedor de Salud, y el paciente no ha recibido una respuesta dentro de un periodo de tiempo razonable, es responsabilidad del paciente hacer el seguimiento para determinar si el destinatario recibió el correo electrónico y cuándo va a responder el destinatario.
- e. El paciente no debe utilizar el correo electrónico para comunicación concerniente a información médica delicada, como información sobre enfermedades por transmisión sexual, SIDA/VIH, salud mental, incapacidad del desarrollo o abuso de sustancias.
- f. El paciente es responsable de informar a BTNRH de cualquier tipo de información que el paciente no quiere que sea enviada por correo electrónico, además de aquellos establecidos en el 2(e) anteriormente descrito.
- g. El paciente es responsable de proteger su contraseña u otros medios de acceso al correo electrónico. BTNRH no es responsable del incumplimiento de la confidencialidad causado por el paciente o cualquier tercero.
- h. Es la responsabilidad del paciente hacer el seguimiento y/o programar una cita si es justificado.

3. Instrucciones

Para comunicarse por correo electrónico, el paciente debe:

- a. Limitar o evitar el uso del computador de su empleador.
- b. Informar a BTNRH de los cambios de su correo electrónico.
- c. Poner el nombre del paciente en el cuerpo del correo electrónico.
- d. Incluir la categoría de comunicación en la línea del asunto del correo electrónico, para propósito de enrutamiento (por ejemplo, una pregunta sobre la facturación).
- e. Revisar el correo electrónico para asegurarse de que esté claro y que toda la información relevante ha sido proporcionada antes de enviárselo al Proveedor de atención médica de BTNRH.
- f. Informar a BTNRH que el paciente recibió un correo electrónico de un Proveedor de Atención Médica de BTNRH.
- g. Tomar precauciones para preservar la confidencialidad de los correos electrónicos, como usar un protector de pantalla y proteger su contraseña.
- h. Retirar el consentimiento solamente enviando un correo electrónico o por escrito a BTNRH.

4. Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

Reconozco que he leído y comprendido completamente este Formulario de Consentimiento para el uso del Correo Electrónico. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por medio del correo electrónico entre mi Proveedor de Atención Médica y yo, y acepto las condiciones descritas anteriormente. Además, acepto estas instrucciones así como cualquier otra instrucción que BTNRH pueda imponer para comunicarse con los pacientes por el correo electrónico. Todas mis preguntas fueron respondidas. Entiendo que yo puedo retirar mi consentimiento solamente por medio de un correo electrónico o una comunicación escrita a BTNRH, la cual debe ser efectiva después de ser recibida.