

Uso Solicitado o Divulgación de Información Médica Protegida Potencialmente Relacionado con la Atención de la Salud Reproductiva

NOTA: Se debe completar el formulario completo para que la certificación sea válida.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre

Fecha de Nacimiento

Dirección Ciudad, Estado, Código Posta

Dirección de Correo Electrónico

Teléfono

1. Nombre de la(s) persona(s) o identificación específica de la clase de personas que recibirán la información.

Ejemplo: Nombre del investigador y/o agencia que realiza la solicitud

2. Nombre u otra identificación específica de la persona o clase de personas a quienes solicita el uso o divulgación.

Ejemplo: Nombre de la entidad cubierta o socio comercial que mantiene la información médica protegida y/o nombre del miembro de su fuerza laboral que maneja las solicitudes de información médica protegida.

3. Descripción de la información médica protegida específica solicitada, incluidos los nombres de las personas, se es posible, o una descripción de la clase de personas cuya información médica protegida está solicitando.

Ejemplo: Resumen de la visita de [nombre de la persona] en [fecha]; lista de personas que obtuvieron [nombre del medicamento recetado] entre [intervalo de fechas]

4. Doy fe que el uso o divulgación de información de salud protegida que estoy solicitando no tiene un propósito prohibido por la Regla de Privacidad de HIPAA en 45 CFR 164.502 (A)(5)(iii) debido a uno de los siguientes (marque una casilla):

El propósito del uso o divulgación de información de salud protegida no es investigar ni imponer responsabilidad a ninguna persona por el mero acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva ni identificar a ninguna persona para tales fines.

El propósito del uso o divulgación de información de salud protegida es investigar o imponer responsabilidad a cualquier persona por el mero acto de buscar, obtener, brindar o facilitar atención de salud reproductiva, o identificar a cualquier persona para tales propósitos, pero la salud reproductiva La atención en cuestión no era legal en las circunstancias en que se proporcionó.

Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones penales de conformidad con 42 U.S.C. 1320d-6 si, a sabiendas y en violación de HIPAA, obtengo información de salud de identificación individual relacionada con un individuo o revelo información de salud de identificación individual a otra persona.

Firma de la Persona Solicitando la información

Fecha

Si firmó como representante de la persona que solicita la PHI, proporcione una descripción de su autoridad para actuar en nombre de esa persona.

Nombre de Representante Autorizado

Relación al Paciente

Este documento de certificación puede proporcionarse en formato electrónico y firmarse electrónicamente por la persona que solicita información de salud protegida cuando la firma electrónica es válida según las leyes federales y estatales aplicables.