AUTORIZACIÓN HIPAA DE TSCN

Permiso para obtener y compartir información de salud para coordinar la atención

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal completo del paciente

Fecha de nacimiento (MM / DD / AAAA)

Teléfono celular

Correo electrónico

Dirección postal

ALCANCE DE LA AUTORIZACIÓN

Divulgar todos los expedientes médicos relacionados con la atención brindada por mis médicos miembros de TSCN.

Acerca de TSCN

TSCN, LLC presta servicios de coordinación de la atención y servicios administrativos como asociado comercial de los consultorios participantes que le brindan tratamiento. Sus médicos siguen siendo responsables de su atención médica.

Mi autorización

Autorizo al médico que me remite, a su consultorio o clínica y a otros médicos que formen parte de ese mismo consultorio o clínica a divulgar todos los expedientes médicos relacionados con la atención brindada por mis médicos miembros de TSCN a los coordinadores de atención de TSCN, LLC que actúan en nombre del consultorio que me brinda tratamiento. Autorizo a TSCN a recibir, conservar de forma segura y poner esos expedientes a disposición de los médicos y consultorios que participan activamente en mi atención, para fines de tratamiento y coordinación de la atención, de conformidad con los acuerdos aplicables de TSCN con los consultorios que me brindan tratamiento.

Propósito

Obtener expedientes pertinentes, coordinar mi atención, gestionar la atención, facilitar la comunicación entre los proveedores de atención médica que me tratan y ayudarles a comprender mi atención y seguimiento. Esta autorización no designa a TSCN para tomar decisiones médicas en mi nombre.

Información incluida

Se incluyen todos los expedientes médicos relacionados con la atención brindada por mis médicos miembros de TSCN, sujetos al período de tiempo y a las limitaciones que yo indique. Esta autorización no incluye notas de psicoterapia que se mantengan por separado, expedientes sobre trastornos por consumo de sustancias protegidos por la Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (42 CFR Part 2), ni otra información que requiera una autorización por separado conforme a la ley aplicable. Se obtendrá una autorización por separado cuando sea necesario. Esta autorización no permite la venta de mi información ni su uso con fines de mercadotecnia, y no autoriza su divulgación a abogados, empleadores, aseguradoras ni administradores de reclamaciones.

En la página 2 encontrará sus opciones, derechos y el espacio para firmar.

AUTORIZACIÓN HIPAA DE TSCN

Permiso para obtener y compartir información de salud para coordinar la atención

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento:_____

Vigencia de la autorización

A menos que yo indique una fecha anterior a continuación, esta autorización vence un año después de la fecha en que la firme.

Mis opciones y derechos

Firmar es voluntario. Mi tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a que firme esta autorización. Sin esta autorización, algunos servicios de coordinación solicitados podrían verse limitados; puedo hablar con mi médico sobre otras formas de transferir los expedientes. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al Contacto de Privacidad de TSCN a support@tscn.care o a 411 Route 17S, Suite 110, Hasbrouck Heights, NJ 07604, y notificando a los proveedores de atención médica que utilicen esta autorización. La revocación no anula divulgaciones ni otras acciones ya realizadas basándose en ella. TSCN puede verificar mi identidad antes de atender una solicitud. La información divulgada en virtud de esta autorización podría ser divulgada nuevamente por quien la reciba y podría dejar de estar protegida por HIPAA, aunque otras leyes u obligaciones contractuales podrían seguir siendo aplicables. Tengo derecho a una copia de esta autorización firmada. Esto no implica renunciar a ningún derecho legal de privacidad ni impide divulgaciones que de otro modo estén permitidas o sean exigidas por la ley.

MIS OPCIONES

Período de los expedientes (opcional): Desde _____ hasta _____

Información que no autorizo divulgar / otras limitaciones (opcional):

_____

_____

Fecha de vencimiento anterior, si la elige: _____

Déjela en blanco para que la autorización venza un año después de la fecha de firma.

FIRMA Y DECLARACIÓN

He leído esta autorización, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo el permiso que estoy otorgando. Si firmo como representante personal, indico mi autoridad a continuación; TSCN o el consultorio que me brinda tratamiento pueden verificar dicha autoridad.

Firma del paciente o de su representante **Fecha de firma**

_____ _____

Nombre del firmante en letra de imprenta

_____

SOLO PARA REPRESENTANTES - Si firma el paciente, omita esta sección.

Relación con el paciente: _____ Autoridad legal: _____

Si firma en nombre del paciente, adjunte documentación de su autoridad, si está disponible.

Imprima, firme y escanee ambas páginas. Devuélvalas a support@tscn.care.

Guarde una copia de la autorización firmada para sus archivos.

Preguntas: support@tscn.care | (201) 819-0484

Información sobre privacidad: tscn.care/hipaa-notice-of-privacy-practices/