

ONONDAGA CASE MANAGEMENT SERVICES, INC.

220 HERALD PLACE
SYRACUSE, NEW YORK 13202
(315) 472-0084
FAX (315) 472-0084

DEBORAH DONAHUE
EXECUTIVE DIRECTOR

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Consiento al uso y al acceso de la información protegida sobre mi salud para arreglar los servicios, el tratamiento, el pago y las operaciones de cuidado médico como descritos más abajo. Esto significa que la información sobre mi salud será utilizada por el personal de Onondaga Case Management Services, Inc. o divulgada a la gente o a las organizaciones cuando sea necesario para:

- Proporcionarme servicios o planear los servicios de otro proveedor de cuidado médico.
- Arreglar el pago para mis servicios.
- Dirigir los negocios de Onondaga Case Management Services, Inc.
- Permitir que otras organizaciones de cuidado médico que me proporcionan servicios o pagan mis servicios puedan examinar la calidad y la conveniencia del cuidado que recibo y manejen otras funciones de cuidado medico.

Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede ser divulgada otra vez por el recipiente de la información. La mayoría de los proveedores de cuidado médico y todos los planes para beneficios de salud están obligados a seguir las reglas federales y las leyes del estado para mantener privada su información de salud. Pero esas reglas y leyes no se aplican a todas las organizaciones.

Entiendo que no hay límite de tiempo en esta autorización.

También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Soy la persona que es el paciente de los expedientes de salud que serán utilizados o divulgados. Convengo el uso y el acceso de mi información de salud según lo descrito en esta autorización.

X _____
Firma

X _____
Fecha

X _____
Nombre en Letras de Molde

Soy el representante personal de la persona cuyos expedientes serán utilizados o divulgados.

Mi relación o parentesco a esa persona es _____.

Convengo en el uso y el acceso de la información de salud del
(Nombre) _____ como descrito en esta autorización.

X _____
Firma

X _____
Fecha

X _____
Nombre en Letras de Molde

Pedido para la Restricción de Acceso a la Información Protegida sobre la Salud

Solicito por este medio que Onondaga Case Management Services, Inc. restrinja el acceso a la información protegida sobre la salud sobre el _____ (nombre del individuo) de la manera descrita más adelante.

O No divulgue por favor la información protegida sobre la salud a (nombre de la persona o de la organización).

O No utilice por favor la información protegida sobre la salud para los propósitos enumerados abajo. Organización)

Entiendo que no se requiere que Onondaga Case Management Services, Inc. convenga en este pedido para la restricción del uso y del acceso de la información protegida sobre la salud.

Soy la persona que es el paciente de los expedientes de salud que serán restringidos.

X _____
Firma

X _____
Fecha

X _____
Nombre con Letras de Molde

Soy el representante personal de la persona cuyos expedientes serán restringidos. Mi relación o parentesco a esa persona es _____.
Convengo en la restricción en el uso de la información de salud según lo descrito en esta petición.

X _____
Firma

X _____
Fecha

X _____
Nombre con Letras de Molde

X _____
Fecha