Autorización para utilizar y divulgar información médica confidencial

Autorización para divulgar la información médica confidencial perteneciente a:			
Nombre del paciente		N.º de BLD del paciente de Myriad	
Dirección actual	Ciudad	Estado	Cód. postal
Últimos cuatro dígitos del núm. seg. social XXX - XX -	Número de teléfono ( )	Fecha de nacimiento / /	

¿Desea el paciente recibir una copia de los expedientes solicitados? Sí ☐ No ☐ **Forma de envío** (seleccione una):

☐ Correo ☐ Fax ☐ Correo electrónico a la siguiente dirección:

Esta autorización es para divulgar la información médica confidencial a:			
Nombre de la persona o proveedor de atención médica		N.º de proveedor de Myriad	
Dirección	Ciudad	Estado	Cód. postal
Número de teléfono ( )	Número de fax ( )	Dirección de correo electrónico:	

Método de envío (seleccione uno): ☐ Correo ☐ Fax ☐ Correo electrónico

☐ Agregar este proveedor de atención médica a mi expediente y enviarle todas las comunicaciones futuras.

Esta autorización es para divulgar la información médica confidencial de:

Myriad Genetic Laboratories, Inc. : 320 Wakara Way, Salt Lake City, UT 84108 * Teléfono: (800) 469-7423 * Fax: (801) 584-3615

La finalidad de este uso o divulgación es:

☐ A pedido de la persona. ☐ Otra (indique):

Divulgar la siguiente información:

☐ Informe de prueba ☐ Otra (indique):

Esta autorización caducará en 180 días a partir de la fecha de su firma a menos que se indique lo contrario más abajo (las solicitudes para agregar un proveedor de atención médica a mi expediente no caducan a menos que se revoque esta autorización):

☐ En la siguiente fecha: _____

☐ Cuando suceda lo siguiente: _____

Comprendo que:

- Myriad Genetic Laboratories depende en gran medida de la información que proporcionan los médicos solicitantes en el momento en que indican pruebas de laboratorio. La información proporcionada por mi médico solicitante puede no ser suficiente para verificar razonablemente que corresponde a la información que yo proporciono en este formulario. En caso de que Myriad no pueda verificar razonablemente la correspondencia de esa información de acuerdo con sus criterios estrictos, protegerá la privacidad del paciente ***NO*** divulgando la información solicitada.
- La información que se use o divulgue en conformidad con esta autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y ya no estar protegida por la Norma de Privacidad de la HIPAA.
- Esta autorización será válida hasta su fecha de caducidad o hasta que yo presente una notificación de revocación por escrito ante la Oficina de Privacidad de Myriad en la dirección arriba indicada. Si revoco esta autorización, es posible que Myriad no pueda revertir el uso y la divulgación de la información médica que se haya realizado mientras la autorización estaba en vigencia.
- Myriad no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios al hecho de que yo decida firmar o no esta autorización.

Firma del paciente o del representante personal*	Fecha
Nombre en imprenta del representante personal *(adjunte la documentación legal pertinente)**	Parentesco con el paciente

En caso de no ser el paciente quien firme, la solicitud **DEBE estar acompañada de una copia de la documentación legal que verifique la representación personal del paciente. Excepción: padres que firmen en representación de un paciente menor de 18 años.*

Para un paciente fallecido: una copia del certificado de defunción que identifique al cónyuge sobreviviente es admisible y habilita a esta persona para firmar esta autorización. Otros pacientes fallecidos: un registro o una orden judicial que designe a un fiduciario, albacea o administrador, o cartas de designación que se reciban del Tribunal de Sucesiones deben acompañar la autorización firmada por la persona nombrada. Si no se ha hecho la sucesión de la herencia, se requiere un certificado de defunción junto con los documentos que designen al administrador o albacea de la herencia.