

RYAN WHITE PART A PROGRAM
Autorización para Revelar la Salud Protegida y otra Información Confidencial

Por la presente, autorizo a **BODY POSITIVE** a revelar información confidencial y otra información de mi historial médico a Maricopa County Health Finance Administration, Ryan White Part A Program, y a cualquier otro cliente autorizado por el servicio de Ryan White Part A, Walgreens/Programa de Farmacia de Body Positive, y mi Médico Primario con el propósito de recopilar y almacenar en un sistema de intercambio de datos para la presentación de informes sobre la estructura de la población, la elegibilidad, otras estadísticas y la continuidad del cuidado.

Descripción específica de la información confidencial a revelar:

El propósito de la revelación de la información confidencial es llevar a cabo el intercambio de información estadística entre el cliente, el proveedor y la agencia administrativa, para los propósitos indicados a continuación.

Descripción específica del propósito de la revelación de la información confidencial:

- La recopilación y el mantenimiento en un sistema de intercambio de datos para la presentación de informes sobre la estructura de la población, la elegibilidad y otras estadísticas
- El pago a los proveedores **Body Positive** por los servicios proporcionados
- La evaluación de la garantía de la calidad de los servicios proporcionados
- Las auditorías de los servicios proporcionados por Ryan White Part A
- La continuidad del cuidado

Autorizo a la Agencia a revelar la siguiente clase de información relacionada si se necesitara para los propósitos mencionados arriba:

- SIDA/IVH y otras enfermedades contagiosas
- Atención para trastornos mentales/Psicoterapia/Información sobre la salud mental
- Tratamiento para el alcoholismo o para la adicción a las drogas
- Información sobre las pruebas genéticas realizadas

Entiendo que podré revocar esta autorización en cualquier momento, a menos de que la Agencia y MCHCM ya hayan usado mi autorización para revelar información confidencial. Para revocar la autorización tendré que presentar una petición por escrito a: **Body Positive, 1144 E. McDowell Road # 200, Phoenix, Az, 85006**

La autorización se vencerá en cinco años a menos de que yo la revoque antes.

Entiendo que MCHCM preservará la confidencialidad de cualquier información revelada y usará o revelará la información solamente para los propósitos ya mencionados. Reconozco tener buen entendimiento del contenido de este documento. Descargo a MCHCM y a la Agencia, a sus empleados, oficiales y directores, a su personal médico y a sus representantes de toda responsabilidad legal debido a la revelación de la información anteriormente mencionada conforme a lo autorizado por el presente.

Nombre – Letra de molde

Fecha de Nacimiento

Firma del cliente
(de Ryan White Part A que autoriza
la revelación de información confidencial)

Fecha

Firma – Representante Legal

Parentesco al paciente o descripción de la autoridad



Consentimiento con el propósito de ofrecer tratamiento, pago y operaciones

Yo consiento del uso de divulgar mi “Información de Salud Protegida” a Body Positive con el propósito de proveerme tratamiento, obtener pago por mi cuidado o llevar a cabo operaciones por Body Positive. Entiendo que cualquier servicio que Body Positive me provea puede depender de mi consentimiento como lo da la evidencia de mi firma en este documento.

Entiendo que tengo el derecho de pedir una restricción de cómo van a usar o a divulgar mi información de salud protegida para recibir tratamiento, pago u operaciones de salud por la agencia. Body Positive no tiene que estar de acuerdo con las restricciones que yo pida; sin embargo, si Body Positive está de acuerdo con una restricción que yo pida, Body Positive y todos sus proveedores se compromenten a dármelela.

Yo tengo el derecho de renunciar a este consentimiento por escrito en cualquier momento excepto cuando Body Positive haya tomado medidas de fe en este consentimiento.

Mi “Información de salud protegida” significa cualquier información, incluyendo mi información demográfica que fue dada por mí y creada o recibida por mi doctor, otro proveedor de salud, un plan de salud, mi empleador o una oficina de compensación de cuidados de salud. Esta información de salud protegida tiene que ver con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura y me identifica a mí o hay bases razonables para pensar que esta información me puede identificar.

Entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Procedimientos de Privacidad de Body Positive antes de firmar este documento; Body Positive me ha dado una copia de estos procedimientos. El Aviso de Procedimientos de Privacidad describe los tipos de usos y divulgación de mi información de salud protegida que pueden suceder durante el tratamiento, el pago por los servicios recibidos o en la ejecución de las operaciones de Body Positive. Este Aviso de Procedimientos de Privacidad de Body Positive lo tienen pegado en esta oficina. Este Aviso de Procedimientos de Privacidad también describe mis derechos y las obligaciones que Body Positive tiene con respecto a mi información de salud protegida.

Body Positive se reserva el derecho de cambiar los procedimientos de privacidad descritos en el Aviso de Procedimientos de Privacidad. Yo puedo obtener una copia revisada de este aviso llamando a la oficina y pidiendo que me manden una copia revisada por correo o que me tengan una lista cuando vaya a mi próxima cita.

Firma del paciente o del representante personal del paciente

Nombre del paciente o del representante personal del paciente

Fecha

Descripción de la autoridad representativa personal



BODY POSITIVE
AN HIV AND AIDS RESEARCH AND RESOURCE CENTER

Spanish Version

Un Centro del Recurso paraVIH y SITA

Tienda de Vitaminas y Yerbas de Body Positive Autorización de Obligación

Soy cliente de Body Positive y he escogido voluntariamente el comprar productos de la Tienda de Vitaminas y Yerbas a mi propio riesgo y de acuerdo con mi juicio individual. Entiendo que la Tienda de Vitaminas y Yerbas no suministra diagnosis médicas ni consejos, ni receta tratamientos para personas específicas o para condiciones médi-cas, sino que recoge y distribuye información sobre terapias, productos y protocolos de cortesía/gratis que tal vez sean adecuados para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/u otros problemas médicos.

Me doy cuenta de que la información que la Tienda de Vitaminas y Yerbas disemina no constituye una afirmación o apoyo médico de la eficacia de un producto, terapia o protocolo en particular para mi condición médica específica. Entiendo que puedo comprar u obtener sólo los productos que yo quiero usar y certifico que nadie asociado con la Tienda de Vitaminas y Yerbas me ha tratado de obligar a comprar u obtener un producto o varios productos sin mi consentimiento.

Yo les quito cualquier obligación a la Tienda de Vitaminas y Yerbas o a cualquier perso-na asociada con la tienda, incluyendo pero sin limitarse a: voluntarios, empleados, oficiales, consejeros y la Junta de Directores (incluyendo pero sin limitarse a obliga-ciones que resulten en negligencia de la Tienda de Vitaminas y Yerbas) en relación con la venta o uso de cualquier producto que yo haya comprado o adquirido de la Tienda de Vitaminas y Yerbas, o que se haya descrito en cualquiera de los materiales de informa-ción de la Tienda de Vitaminas y Yerbas. Entiendo que me estoy deshaciendo de mi derecho a demandar por cualquier daño causado por el uso de cualquier producto que compre o adquiera de la Tienda de Vitaminas y Yerbas o que se haya descrito en cualquiera de los materiales de información de la Tienda de Vitaminas y Yerbas.

He leído este formulario de Autorización de Obligación y entiendo que es mi respon-sabilidad y obligación el repasar cualquier información, producto, terapia y protocolo con un doctor o persona médica calificada.

Entiendo que me estoy tomando el riesgo de algún efecto desfavorable y consecuen-cias que resulten del uso de cualquier producto que compre o adquiera a través de la Tienda de Vitaminas y Yerbas o descrito en cualquier información proveída en la Tienda de Vitaminas y Yerbas.

Fecha: _____

Nombre del cliente (Favor de escribir en letra de molde): _____

Firma del cliente: _____