WEST VIRGINIA HEALTH INFORMATION NETWORK

Autorización para la divulgación de información de salud

WIC West Virginia

Nombre del Paciente:
Dirección del Paciente:
Fecha de nacimiento del Paciente (mm/dd/aa):

Nombre de la Entidad receptora: Programa WIC de West Virginia Oficina de Servicios de Nutrición

Departamento de Salud y Servicios Humanos de West Virginia
Dirección de la Entidad receptora: 350 Capitol Street, Room 515, Charleston WV 25301

Teléfono de la Entidad receptora (304) 558-0030 Fax No. (304) 558-1541
Correo electrónico: wvdhhrwic@wv.gov

Yo ("el Paciente") autorizo a los proveedores de salud que cuidan de mí a divulgar toda la información de salud de mis registros médicos a la entidad nombrada anteriormente ("Entidad receptora") con el propósito de determinar la elegibilidad y la recertificación de WIC. Entiendo que la divulgación incluirá toda la información médica mantenida por mis proveedores de atención médica y puede incluir registros de mi salud mental, abuso de sustancias y enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA. Esta Autorización para la divulgación de información de salud ("Autorización") permanecerá vigente a partir de la fecha de la firma y mientras la persona mantenga una relación con WIC.

Comprendo lo siguiente:

1. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a West Virginia WIC en la información de contacto anterior, proporcionada, sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna acción tomada por WIC o mis proveedores de atención médica en relación con esta Autorización en el período anterior a la recepción de mi revocación por escrito;

2. Puedo optar por no participar en esta Autorización y esto no afectará ninguno de mis servicios o beneficios de WIC;

3. Mis proveedores de atención médica no condicionarán el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios con base en la firma de esta Autorización;

4. La información divulgada en esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estar protegida por la ley federal; y

5. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

6. La Entidad Receptora accederá a los historiales médicos electrónicos a través de la red de información de salud de West Virginia.

Nombre del Paciente en letra de imprenta: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Si el Paciente no puede dar su consentimiento, nombre en letra de imprenta del representante del pacient:_____

Firma del representante del Paciente: _____

Relación con el Paciente: _____ Fecha: _____