

CENTRO MÉDICO IRVING DE LA UNIVERSIDAD DE COLUMBIA AUTORIZACIÓN DE INFORME DE CASO

Me han pedido que permita el uso de mi información médica para un informe de caso que se puede presentar para publicación o en una conferencia. La información médica usada en el reporte de caso no incluirá mi nombre ni otra información que intencionalmente me identifique. La información se usará con fines educativos en el Centro Médico Irving de la Universidad de Columbia (el “Centro Médico”) o se puede usar para ciertos propósitos de educación médica, en reuniones nacionales de otros proveedores de tratamiento o para publicación.

La información de salud que estoy autorizando usar y revelar incluye:

- Historial Médico Imágenes Información quirúrgica
 Otro _____

La ley federal de privacidad requiere que yo revise y firme una autorización antes que el Centro Médico pueda usar o revelar mi información protegida de salud para los propósitos descritos anteriormente. Comprendo que una vez que mi información es revelada, las leyes de privacidad pueden no protegerla más de otras divulgaciones.

Al revisar y firmar esta Autorización, otorgo al Centro Médico y a cualquier persona o entidad autorizada por el Centro Médico, el derecho de usar, simular y revelar mi información de salud en relación con este informe de caso. Yo libero y eximo al Centro Médico y a los miembros de su facultad de todos y cada uno de los reclamos, demandas o causas de acción que yo pueda tener ahora o en adelante por calumnia, difamación, invasión de la privacidad o derecho de publicidad, infracción del derecho de autor o violación de cualquier otro derecho mío o relativo a cualquier uso de mi información médica en conexión con la publicación de este informe de caso.

Yo acepto que esta Autorización contenga el acuerdo y entendimiento completo entre el Centro Médico y yo respecto a este asunto.

COMPRENDO QUE MI TRATAMIENTO NO ESTARÁ CONDICIONADO A MI FIRMA NI A MI NEGATIVA A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN. PUEDO NEGARME A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN. SI ME NIEGO A FIRMAR ESTA AUTORIZACION, NO SE USARÁ MI INFORMACIÓN.

Esta Autorización no tiene fecha de expiración. Tengo derecho de recibir una copia de esta Autorización.

Puedo revocar (cancelar) esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito y enviada o entregada a la dirección siguiente: Attn: Chief Privacy Officer, Office for HIPAA Compliance, Columbia University Medical Center, 630 West 168th Street, Mail Box 159, New York, NY 10032. Mi revocación se hará efectiva al recibirse la notificación.

Nombre del paciente _____ Fecha _____
(En letras de imprenta)

Firma _____
Paciente/Representante legalmente autorizado

Nombre del proveedor/Programa/Departamento _____

Revised: February 2019

CERTIFIED to be a true and correct translation from English to Spanish: <u>M.G. 07/06/2020 T</u> THE SPANISH TRANSLATION CENTER Columbia University Medical Center
