



ONEBLOOD, INC. AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MÉDICA DEL DONANTE

Sección A: Debe completarse para todas las autorizaciones

Por la presente autorizo el uso o divulgación de mi información médica individualmente identificable como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, la información divulgada ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Nombre del donante: _____

Personas/organizaciones que brindan la información médica de reclamos o de empleo: cualquier médico, cirujano o cualquier profesional médico, dentista, hospital, centro de rehabilitación/convalecencia/custodia, proveedor de servicios de ambulancia, enfermera o compañía de seguros de salud. Además, cualquier asegurador de responsabilidad o empleador.

Organización que recibe la información médica: ONEBLOOD, INC.

Descripción específica de la información médica solicitada: cualquier registro de posesión del médico, cirujano o cualquier persona profesional médica, dentista, hospital, centro de rehabilitación/convalecencia/custodia, proveedor de servicios de ambulancia, enfermera o compañía de seguros de salud con respecto al historial médico y físico del donante; condición tanto antes como después de la fecha de firma de esta autorización, independientemente de la fecha de ocurrencia.

Propósito de uso o divulgación: Para ser utilizado con el propósito de verificar y evaluar la capacidad de los donantes para DONACION DE PLASMA CONVALESCIENTE COVID-19

Sección B: Debe completarse para todas las autorizaciones

El paciente o el representante del paciente debe leer las siguientes declaraciones:

1. Entiendo que esta autorización vencerá 90 días después de la fecha de mi firma.
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la organización por escrito. Si lo hago, esta notificación no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de recibir la revocación.
3. Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si lo solicito, y reconozco mi derecho a obtener una copia de este formulario.

Firma del paciente o del representante del paciente: _____ Fecha _____
(DEBE completarse el formulario antes de firmar)

Nombre en letras de imprenta del representante del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Por favor subir el formulario a <https://www.oneblood.org/covid-19>