Número de control OMB: 0915-0334
Fecha de vencimiento: 3/31/2023

Instrucciones para llenar la AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA de HRSA

Tipee o escriba legiblemente con letra de imprenta en todos los campos usando tinta de color oscuro

Sección I **–** Proporcione el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento de la persona lesionada por la contramedida.

Sección II **–** Proporcione el nombre del representante personal, como el padre de un menor, o un tutor, o un abogado, si corresponde. Si no hay un representante personal, la Sección II se debe dejar en blanco.

Sección III **–** Proporcione el nombre y la dirección de la instalación o del proveedor que divulga la información. Esta es la instalación o el proveedor de servicios médicos de la persona lesionada por la contramedida.

Sección IV **–** Marque el recuadro apropiado según corresponda. El CICP indicará los expedientes que se necesitan.

1. **El expediente médico completo – el expediente médico completo de la instalación o proveedor identificado, desde un (1) año antes de la administración o uso de la contramedida cubierta que pudo haber causado la lesión. Favor de ingresar esta fecha.**
2. **Solo información relacionada con – especifique si se trata de un diagnóstico, lesión, operaciones, terapia especial, etc., dentro de un intervalo de fechas específico. (Solo rellene esta sección si el CICP así lo indica.)**
3. **Otros (especifique) – por ejemplo, cobertura del seguro, facturación, etc. (solo rellene esta sección si el CICP así lo indica).**

Sección V **–** El solicitante podría revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al Departamento de Administración de la Información de Salud (expedientes médicos) [Health Information Management (Health Records) Department] de la instalación/proveedor de la Sección III. Si se desea una fecha de vencimiento diferente, especifique una fecha nueva. Podría considerar dar una fecha de más de un año si tiene una solicitud de compensación por una lesión cubierta por el CICP pendiente que no se ha resuelto o que podría no resolverse pronto.

Sección VI **–** El paciente (esto es, la persona lesionada por la contramedida) firma y fecha el formulario aquí.

Sección VII – Un representante personal (p. ej., padre, tutor legal, carta poder, etc.), si se ha designado uno, firma y fecha el formulario aquí.

Sección VIII – Un testigo firma y fecha el formulario aquí, si es necesario (por ejemplo, si la firma del paciente es una huella dactilar del pulgar o una marca, o si lo dispone la ley estatal).

Envíe una copia del formulario rellenado a la instalación/proveedor identificado, y, al mismo tiempo, a través del portal de envió del DICP: https://injurycompensation.hrsa.gov/DICPSubmit/ (preferido). Si no puede usar el portal, envíe una copia del formulario rellenado al CICP a la siguiente dirección:

Health Resources and Services Administration
Countermeasures Injury Compensation Program
5600 Fishers Lane, 8W-25A
Rockville, MD 20857

Si tiene preguntas comuníquese al CICP llamando al:

1-855-266-2427 (855-266-CICP); o en
hrsa.gov/CICP

Número de control OMB: 0915-0334
Fecha de vencimiento: 3/31/2023

DECLARACIÓN SOBRE LA CARGA PÚBLICA

Declaración sobre la carga pública: El propósito de esta recopilación de datos es obtener información que permita al Secretario de Servicios Humanos y de Salud determinar si los solicitantes son elegibles para recibir beneficios del Programa de Compensación por Lesiones Causadas por Contramedidas (CICP). Los solicitantes (o sus representantes) deben proporcionar al CICP los formularios apropiados y los expedientes médicos relevantes como se especifica en la Sección 42 CFR 110.50-110.53. Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no tiene obligación de responder, a una solicitud de recopilación de información a menos que exhiba un número de control OMB actualmente válido. El número de control OMB para la recopilación de esta información es 0915-0334 y es válido hasta el 03/31/2023. Esta recopilación de información se requiere para obtener o retener un beneficio (42 CFR Parte 110). El acceso a estos expedientes está estrictamente limitado a usuarios autorizados que conocen sus responsabilidades en virtud de la Ley de Privacidad, y a quienes se requiere que tengan medidas de seguridad con respecto a estos expedientes según esta ley. El Aviso del sistema de registros de los programas de compensación de lesiones, HHS/HRSA/HSB, N.º de sistema 09–15–0056, identifica a los usuarios autorizados. Se calcula que la carga pública del informe de esta recopilación de información es un promedio de 3.5 horas por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, y completar y revisar la recopilación de información. Envíe sus comentarios referentes a este cálculo o de cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga a HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 14N136B, Rockville, Maryland, 20857 o paperwork@hrsa.gov.