

## Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida

Yo, \_\_\_\_\_, [Nombre en letra de imprenta del individuo (es decir, paciente, residente o cliente)] por la presente autoriza a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ [Insertar instalación/clínica] a usar y divulgar la información de salud protegida que se describe a continuación para el siguiente paciente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Autorizo a las siguientes personas u organizaciones a recibir la información:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Se puede utilizar y/o divulgar la siguiente información de salud de identificación individual:

A continuación se muestran los documentos solicitados con más frecuencia. Esto no constituye su expediente médico completo, el cual tiene derecho a solicitar.\* Marque (✓) todo lo que corresponda:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen (Incluye <sup>1</sup> )                | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología (por ejemplo: Rayos X) |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta/Diagnóstico final <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Otros informes de diagnóstico                 |
| <input type="checkbox"/> Historia y registros físicos <sup>1</sup>      | <input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico                       |
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta <sup>1</sup>              | <input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia                         |
| <input type="checkbox"/> Operaciones y Procedimientos <sup>1</sup>      | <input type="checkbox"/> Notas del médico                              |
| <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de                   | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos                         |
| <input type="checkbox"/> Registros de la sala de emergencia             | <input type="checkbox"/> Factura detallada                             |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio                        | <input type="checkbox"/> Factura a la vista                            |
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunación (vacunas)               | <input type="checkbox"/> Otro*: _____                                  |

Fechas de tratamiento a dar a conocer: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Razón o propósito para el uso y/o divulgación de la información:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solicito que el formato del comunicado sea enviado por:

Electrónica – Dirección del portal: \_\_\_\_\_

Electrónica - Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Si se ha seleccionado el correo electrónico, el correo electrónico se enviará de forma segura a menos que se solicite lo contrario. Si solicito un correo electrónico no seguro, entiendo que el correo electrónico no seguro puede poner en riesgo mi PHI y acepto el riesgo de enviar mi PHI a través de un método no seguro.

\_\_\_\_\_ **Escriba sus iniciales aquí si solicita un correo electrónico no seguro.**

Correo en papel a dirección: \_\_\_\_\_

Otro (USB, CD, pastilla, etc.) Describir: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización permite la divulgación de cualquier información contenida en los registros anteriores sobre el tratamiento de abuso de drogas o alcohol, afecciones relacionadas con las drogas, alcoholismo, afecciones psiquiátricas/ psicológicas, tratamientos psiquiátricos/de salud mental y/o afecciones relacionadas con el VIH. incluido a menos que indique lo contrario. NO DESEO que se divulgue la siguiente información (según lo definen las leyes estatales y federales aplicables):

Trastorno por uso de alcohol/drogas/sustancias

Solo resultados de la prueba de VIH (las notas relativas al estado de VIH se publicarán incluso si están rubricadas o marcadas)

Salud mental/discapacidades del desarrollo

**Prohibición de condicionar la autorización:** Entiendo que tengo derecho a no firmar la autorización. El proveedor de atención médica no condicionará el tratamiento a que usted firme esta autorización, a menos que:

- Está recibiendo tratamiento relacionado con la investigación;
- La única razón por la que el centro le brinda atención médica es para presentar un informe a un tercero, como su empleador (por ejemplo, aptitud para regresar al trabajo) o la escuela (por ejemplo, educación física físico).

**Redivulgación:** Entiendo que la información utilizada y/o divulgada de acuerdo con esta autorización ya no puede estar protegida por la ley federal de privacidad (también conocida como HIPAA) y que el destinatario de mi información de salud puede potencialmente volver a divulgarla. Sin embargo, según los Requisitos Federales de Confidencialidad sobre el Abuso de Sustancias, 42 CFR Parte 2, se le puede prohibir al destinatario revelar información identificable sobre el abuso de sustancias.

**Vencimiento:** La fecha de vigencia de esta autorización es a partir de la fecha de la firma y vencerá en la fecha o evento ingresado aquí: \_\_\_\_\_. La fecha de vencimiento o evento no puede exceder un año a menos que la persona que firma la autorización especifique lo contrario.

**Revocación:** Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al centro por escrito enviando una carta al Centro/Clínica/Entidad especificada en esta autorización o completando el formulario de Revocación de Autorización. Entiendo que si Revoco esta autorización, no afectará ninguna acción que se haya tomado antes de recibir la carta de revocación. Entiendo que el centro no puede rescindir las divulgaciones que ya ha realizado y puede utilizar mi información de salud según sea necesario para facturar y cobrar los servicios prestados.

**Esta autorización es vinculante:** las declaraciones realizadas en esta autorización son vinculantes, controlan y entiendo que tienen prioridad sobre las declaraciones realizadas en el Aviso de prácticas de privacidad del centro.

Entiendo que se me puede cobrar una tarifa por las copias de mi expediente médico.

Entiendo que se me ha brindado la oportunidad de recibir una copia de esta autorización.

**Firma del paciente o tutor:** \_\_\_\_\_

**Imprimir Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si usted es el Representante Personal del Paciente:

**Firma del Representante Personal:** \_\_\_\_\_

**Imprimir nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Autoridad o relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

(Incluya copias de cualquier documento que establezca representación personal, como un poder notarial, documentos de tutela, albacea del patrimonio o documentos del administrador del testamento).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ID Presented

\_\_\_\_\_ Name of Employee Verifying Signatory Information

\_\_\_\_\_ Title

\_\_\_\_\_ Patient Directed Right of Access Pick-Up Signature

\_\_\_\_\_ Date