

Se **deben** completar todas las partes de este formulario para que constituya una autorización válida para divulgar información de salud en virtud de las regulaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).



ROI

Autorización para usar y divulgar información protegida de salud				
Nombre del paciente			Fecha de nacimiento	Número de expediente clínico
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
				Correo electrónico
Autorizo el uso y la divulgación de información de salud acerca de mí como se describe a continuación:				
Centro autorizado para divulgar mi información de salud				
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
				Número de teléfono
Agencia o persona(s) autorizada(s) para recibir mi información de salud				
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
				Número de teléfono
La información médica que se puede utilizar o divulgar se limita a lo siguiente:				
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Expediente de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Historial y Ex. físico	
<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Informe de patología	<input type="checkbox"/> Notas operatorias	
<input type="checkbox"/> Imágenes/radiografías	<input type="checkbox"/> Informes de radiografías	<input type="checkbox"/> Expediente completo	<input type="checkbox"/> Tiras de monitor cardíaco fetal	
Información sensible: <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas, incluyendo el estado del VIH				
<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Diagnósticos psiquiátricos/conductuales			
<input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique</i>) _____				
La información de salud que se puede usar o divulgar se limita a los siguientes periodos de atención médica:				
Desde (fecha): _____		Hasta (fecha): _____		Número de cuenta: _____
Desde (fecha): _____		Hasta (fecha): _____		Número de cuenta: _____
La información de salud que se divulgue a la agencia/persona mencionada anteriormente se utilizará/divulgará con los siguientes propósitos:				
<input type="checkbox"/> Tratamiento o consulta	<input type="checkbox"/> A solicitud del paciente	<input type="checkbox"/> Investigación	<input type="checkbox"/> Comercialización	<input type="checkbox"/> Pago de facturas o reclamaciones
<input type="checkbox"/> A pedido del empleador <input type="checkbox"/> Otro _____				
Formulario y formato de la divulgación solicitada: _____				
<p>La "información de salud" lo identifica a usted (el paciente) por nombre e incluye otra información demográfica acerca de usted. La "información de salud" puede incluir, entre otros: expedientes clínicos, placas de radiografía, diapositivas, registros gráficos, tiras reactivas, etc. Por la presente, libero al centro que divulga la información, a sus agentes y empleados de toda responsabilidad, obligación, perjuicios y reclamos que pudieran surgir como resultado de la divulgación de la información autorizada en el presente documento, incluyendo la Información Sensible como se mencionó anteriormente, que se compiló durante mi visita, encuentro u hospitalización, o de las copias que se hagan de estos registros, de acuerdo con las políticas de este centro.</p> <p>La información protegida de salud usada o divulgada conforme a esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por esta norma de privacidad. Si la información de salud relacionada con la investigación se usa o divulga con fines de investigación continua, no se aplica una fecha ni un evento de caducidad.</p> <p>Si no se menciona una fecha o evento específicos a continuación, esta autorización <i>expirará automáticamente 60 días</i> después de la fecha en que se firmó el documento. Entiendo que tengo el derecho de revocar por escrito esta autorización en cualquier momento, según lo estipulado en el Aviso de Prácticas de Privacidad, excepto cuando el centro ya haya realizado divulgaciones tomando como base mi autorización anterior.</p> <p>Puede que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de beneficios no estén condicionados a la obtención de una autorización si la HIPAA prohíbe dicho condicionamiento. Si se permite el condicionamiento, negarse a firmar la autorización puede dar lugar al rechazo de la atención o de la cobertura.</p> <p>AVISO PARA LA AGENCIA O PERSONA RECEPTORA: esta información se utilizará según las regulaciones de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA).</p>				
Firma del paciente o del representante legal			Fecha	Hora
Relación con el paciente/autoridad para actuar en nombre del paciente		Intérprete, si se utilizó uno	Fecha	Hora
Firma del testigo			Fecha	Hora