



Según las normas de privacidad de la Ley de responsabilidad y transferibilidad de seguros médicos (HIPAA), todas las secciones de este formulario **deben** completarse para que constituya una autorización válida para la divulgación de información médica. Si se deja en blanco alguna sección, la autorización no se considerará válida.

| | | | | | |
|---------------------|--------|--------|---------------|---------------------|---------------------------------|
| Nombre del paciente | | | | Fecha de nacimiento | Número de registro médico |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal | Número de teléfono | Dirección de correo electrónico |

Autorizo el uso y divulgación de mi información médica tal como se describe a continuación:

Establecimiento autorizado para divulgar mi información médica

Agencia o persona(s) autorizada(s) para recibir mi información médica

| | | | | |
|-----------|--------|--------|---------------|--------------------|
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal | Número de teléfono |
|-----------|--------|--------|---------------|--------------------|

La información médica que se puede usar o divulgar se limita a lo siguiente:

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de altas hospitalarias | <input type="checkbox"/> Historiales médicos y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes patológicos |
| <input type="checkbox"/> Notas quirúrgicas | <input type="checkbox"/> Estudios por imágenes y radiografías | <input type="checkbox"/> Informes radiográficos | <input type="checkbox"/> Registro completo | <input type="checkbox"/> Tiras de cardiocografía |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ | | | | |

La información médica que se puede usar o divulgar se limita a los siguientes periodos de atención médica:
 De (fecha): _____ a (fecha): _____ Número de cuenta: _____
 De (fecha): _____ a (fecha): _____ Número de cuenta: _____

La información médica que se divulgue a la agencia o persona mencionada anteriormente se usará o revelará para los siguientes fines:

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tratamientos o consultas | <input type="checkbox"/> A solicitud del paciente | <input type="checkbox"/> Investigaciones | <input type="checkbox"/> Comercialización | <input type="checkbox"/> Facturación o reclamos |
| <input type="checkbox"/> A solicitud del empleador | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | | | |

La "información médica" lo identifica por su nombre e incluye información demográfica sobre su persona. La "información médica" puede incluir sin limitación alguna lo siguiente: registros médicos, radiografías, placas, imágenes, tiras, etc.

Por medio de la presente libero al establecimiento 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 información que aquí se autoriza, **incluyendo la información que se compile durante mi consulta, encuentro u hospitalización por abuso de alcohol o drogas, enfermedades transmisibles como el estado de VIH o diagnósticos psiquiátricos**, o por las copias que se hagan de estos registros de acuerdo a las políticas de este establecimiento.

Sí No De ser aplicable, declaro estar de acuerdo en que se divulguen mis registros médicos o financieros que contengan la **información confidencial** enunciada anteriormente.

La información médica protegida usada o divulgada según esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la persona o entidad que la reciba, en cuyo caso dejará de estar protegida por esta norma de privacidad. Si se usa o divulga información médica relacionada con investigaciones para fines de investigación continua, no es aplicable una fecha de expiración ni un evento.

La vigencia de esta autorización **vencerá a los 60 días** a partir de la fecha de la firma que aparece a continuación (salvo que se indique lo contrario), a menos que se especifique una fecha de vencimiento anterior o un evento específico. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, tal como lo indica el Aviso de prácticas de privacidad, salvo en lo que se refiere a las divulgaciones que el establecimiento haya hecho tomando como base mi autorización anterior.

El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios no puede condicionarse a la obtención de una autorización si HIPAA prohíbe dicho condicionamiento. Si dicho condicionamiento está autorizado, la negación a firmar la autorización podría resultar en la denegación de atención o de cobertura.

AVISO PARA LA AGENCIA O PERSONA RECEPTORA: esta información debe tratarse según las normas de privacidad (HIPAA).

| | | | | |
|--|-------|------|---|------|
| Firma del paciente o su representante personal autorizado* | | | Fecha | Hora |
| Relación con el paciente / título que autoriza a actuar en representación del paciente | | | Intérprete, en caso se haya utilizado uno | |
| Firma del testigo | Fecha | Hora | Fecha de expiración o evento | |

*La firma debe validarse con la licencia de conducir o la firma en el registro médico. Es posible que haya un cargo por las copias de los registros médicos.

Copia electrónica solicitada.

Authorization to Use and Disclose
Protected Health Information

HIM-1401GSCERHMS

(Revised 07/10, 11/10, 02/12, 05/14, 08/14)