

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN HIPAA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Nombre anterior(es): _____ Número de Expediente Médico: _____

I. Autorización

Puede utilizar o divulgar la siguiente información de salud (marque todas las que apliquen):

- Toda la información de salud de mi historial médico
 Información de salud de mi historial médico relacionada con el siguiente tratamiento o afección:

- _____
 Información de salud de mi historial médico para la fecha(s):
 Otros (por ejemplo, radiografías, facturas), especifique la(s) fecha(s):

Puede utilizar o divulgar la siguiente información de salud relativa a exámenes, diagnósticos y tratamientos, en caso de que se encuentre en mis registros, sólo si está marcado a continuación:

- VIH (virus del SIDA) Enfermedades de transmisión sexual,
 Trastornos psiquiátricos/salud mental Consumo de drogas y/o alcohol

Puede divulgar esta información de salud a:

- Mí mismo: Recogida
 Enviar a la dirección arriba indicada

Nombre (o cargo) y organización: _____

Dirección (opcional): _____ Ciudad: _____ Estado: __ Código Postal: _

Motivo(s) de esta autorización (marque todos los que apliquen):

- A petición mía Otro (especifique)

Esta autorización termina:

- El (fecha): _____
 Cuando se produzca el siguiente evento:
 En 90 días a partir de la fecha de la firma (si la divulgación se hace a una entidad financiera o a un empleador del paciente para fines distintos del pago)

II. Mis Derechos

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización ni renunciar a ningún derecho en virtud de la Regla de Privacidad para obtener tratamiento de atención médica, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios. Sin embargo, tengo que firmar un formulario de autorización:

- Para participar en un estudio de investigación o
- Para recibir asistencia de salud cuando la finalidad sea crear información de salud para un tercero.

Puedo revocar esta autorización por escrito notificándoselo al médico. Si lo hiciera, no afectaría a ninguna medida ya adoptada por el médico sobre la base de esta autorización.

Entiendo que la información utilizada o divulgada puede ser objeto de nueva divulgación por parte de la persona u organización que la reciba y que entonces dejaría de estar protegida por la normativa federal sobre privacidad.

Firma del paciente o de la persona legalmente autorizada

Fecha

Hora

NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.

Nombre en letra de imprenta si firma en nombre del paciente

Relación (padre, madre, tutor legal, representante personal)