

Consentimiento para la Divulgación de Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

Este formulario se utiliza para autorizar a este proveedor y a sus compañías afiliadas a comunicar la PHI a la(s) persona(s) u organización que se menciona a continuación.

**Información del individuo (persona cuya información se va a divulgar):**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Dirección de correo electrónico del paciente: \_ \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

**Entiendo que este consentimiento permitirá al proveedor de cuidado de la salud y a sus compañías afiliadas a usar o divulgar la información de salud protegida\* descrita a continuación. (Marque solo un cuadro).**

Divulgación completa: cualquier información de salud protegida que este proveedor y sus compañías afiliadas recolecten y mantengan, incluyendo información de salud mental, VIH, enfermedades de transmisión sexual, estado de salud, registros de tratamiento contra el alcoholismo y abuso de sustancias, y pruebas genéticas. Esto también incluye información sobre programas de tratamiento de salud, información de planes y recursos del cuidador con la persona que está siendo autorizada.

Divulgación limitada: **identificar qué información de salud protegida debe ser excluida de cualquier divulgación.** Tales como información sobre la afección o el tratamiento médico o un rango de fechas específico de los servicios:

\_\_\_\_\_

1) Esta información puede ser divulgada a, y usada por, la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(es) para ayudarme.

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

Casa  Celular

Parentesco:  Cónyuge  Hermano  Padre  Hijo  Agente/Corredor  Amigo  Organización

2) Esta información puede ser divulgada a, y usada por, la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(es) para ayudarme.

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



Consentimiento para la Divulgación de Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

- 3) Esta información puede ser divulgada a, y usada por, la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(es) para ayudarme.

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

Casa  Celular

Parentesco:  Cónyuge  Hermano  Padre  Hijo  Agente/Corredor  Amigo  Organización

Esta información se divulga con el fin de permitir que la(s) persona(s) u organización(es) nombrada(s) anteriormente me ayude(n).

**Entiendo que:**

- Este consentimiento vencerá en 24 meses desde la fecha de la firma, salvo que lo cancele antes de ese momento. Yo puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento al enviar una solicitud por escrito a mi proveedor.
- Si cancelo el consentimiento, no se aplicará a información previamente divulgada con este consentimiento. Una vez que se comparte la información, este proveedor no puede evitar que la persona u organización que tiene acceso a la misma la comparta con otros, y es posible que esta información no esté protegida por las reglamentaciones de privacidad federales.
- Comprendo que no estoy obligado a firmar este consentimiento y que este proveedor y sus compañías afiliadas no pueden condicionar las decisiones de tratamiento o pago al hecho de que yo firme o no este formulario de consentimiento.

Firma de la persona o del representante legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Persona  Representante legal

**Tenga en cuenta: los representantes legales deben adjuntar copias de autorización según lo requiere la ley (por ejemplo, poder notarial para servicios de cuidado de la salud, apoderado para la toma de decisiones sobre servicios de cuidado de la salud, testamento en vida o documentos de tutela).**

**Después de completar y firmar el formulario, regréselo a su proveedor de cuidado primario o especialista.**

\* La información de salud protegida incluye cuidado médico, dental, de farmacia, de salud mental, de la vista y cuidado a largo plazo.

Este proveedor y sus compañías afiliadas cumplirá las más estrictas normas y leyes federales y estatales.

