

Autorización para divulgar o solicitar Información de salud protegida

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

| | | |
|------------|----------------------|----------------|
| Apellido: | | Nombre: |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Teléfono: | Fecha de nacimiento: | |

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CENTRO DE CUIDADO DE LA SALUD QUE DIVULGA LA INFORMACIÓN:

| | | |
|---|---|---|
| Proveedor: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Teléfono: | Fax: | |
| Desde: ____/____/____ <small>Fecha de inicio</small> | Hasta: ____/____/____ <small>Fecha de finalización</small> | <input type="checkbox"/> Todas las fechas pasadas y futuras |

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CENTRO DE CUIDADO DE LA SALUD QUE SOLICITA LA INFORMACIÓN:

| | | |
|---|---|---|
| Proveedor: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Teléfono: | Fax: | |
| Desde: ____/____/____ <small>Fecha de inicio</small> | Hasta: ____/____/____ <small>Fecha de finalización</small> | <input type="checkbox"/> Todas las fechas pasadas y futuras |

FIRMA (REQUERIDA):

Entiendo que, al firmar y enviar este formulario, autorizo a la clínica nombrada a continuación a recibir o divulgar mis expedientes médicos completos, incluidos los siguientes datos:

Nombre de la clínica

♦ **Mis expedientes de salud completos, lo que incluye:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salud mental | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades transmisibles | <input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de alcohol/drogas |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico, pruebas de laboratorio, pronóstico, tratamiento y facturación de todas las afecciones | |

♦ **A los efectos de:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Consultas o tratamientos médicos | <input type="checkbox"/> Pago de facturas o reclamaciones |
|---|---|

Autorización para divulgar o solicitar Información de salud protegida

- ♦ Otros fines, según yo lo pudiera indicar:
-

Entiendo lo siguiente:

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ♦ Esta autorización es válida para la información ya existente y para cualquier información que pueda generarse mientras esta autorización tenga vigencia. | <ul style="list-style-type: none"> ♦ La revocación no se aplica a mi compañía de seguros cuando la ley otorga a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación en virtud de mi póliza. |
| <ul style="list-style-type: none"> ♦ Tengo derecho a ver cualquier información que se difunda de conformidad con esta autorización de divulgación y puedo solicitar ver esta información durante el horario de atención normal. | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Autorizar la divulgación de esta información es un acto voluntario y puedo negarme a firmar esta autorización. ♦ No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento, el pago o la elegibilidad en cuanto a los servicios. |
| <ul style="list-style-type: none"> ♦ Puedo revocar mi autorización en cualquier momento y la revocación no se aplicará a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Si las personas u organizaciones autorizadas para recibir esta información no son un plan de salud ni un proveedor de cuidado de la salud, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. Sin embargo, pueden existir otras leyes estatales o federales que exijan que se mantenga la confidencialidad de la información. |

A menos que se revoque de otra manera, esta autorización caducará a los **12 meses** a partir de la fecha de la firma.

Yo reconozco que he leído este formulario, o que me lo han leído, y de que entiendo su contenido.

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma

Nombre del intérprete/traductor (si es necesario)

Número de teléfono

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Autorización para divulgar o solicitar Información de salud protegida

Personal de la oficina (nombre en letra de imprenta)

Fecha

Firma del personal de la oficina