

## Formulario de autorización sobre privacidad de la HIPAA

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente                      Fecha de nacimiento                      Nombre del centro

Para revelar y divulgar mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre	Dirección, ciudad, estado, código postal y teléfono	Relación

Autorizo la divulgación de la PHI durante el siguiente período:

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ -O-  Todas las fechas pasadas y futuras  
Fecha de inicio                      Fecha de finalización

Se puede divulgar la siguiente PHI (marque todas las opciones que correspondan):

- Mis expedientes de salud completos (incluidos: salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA, tratamiento por abuso de alcohol/drogas, diagnóstico, pruebas de laboratorio, pronóstico, tratamiento y facturación de todas las afecciones)
- Mis expedientes de salud completos, según lo anterior, a excepción de la siguiente información (marque todas las opciones que correspondan)
  - Expedientes de salud mental
  - Tratamiento por abuso de alcohol/drogas
  - Asesoramiento genético/información sobre pruebas
  - Enfermedades transmisibles (entre ellas, VIH, SIDA y ETS)
  - Otra: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Formulario de autorización sobre privacidad de la HIPAA

Entiendo lo siguiente:

- ♦ Esta autorización es válida para la información que ya figure en mi expediente médico y para cualquier información que se agregue mientras esta autorización tenga vigencia.
- ♦ Puedo solicitar ver esta información durante el horario de atención normal.
- ♦ Puedo retirar mi aprobación, para lo cual debo completar el formulario **Revocación de la autorización** en cualquier momento. El formulario **Revocación de la autorización** no se aplica a:
  - Información que ya se haya divulgado durante la vigencia de esta autorización.
  - Mi compañía de seguros cuando la ley otorga a mi aseguradora los derechos de impugnar una reclamación en virtud de mi póliza.
- ♦ 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.
- ♦ Autorizar esta divulgación de información es un acto voluntario y puedo negarme a firmar.
- ♦ No estoy obligado a firmar este formulario para recibir tratamiento.
- ♦ Esta información médica puede ser utilizada por las personas que autorizo a recibir esta información en lo que se refiere a:
  - Consultas o tratamientos médicos
  - Pago de facturas o reclamaciones
  - Otros fines, según yo lo pudiera indicar

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.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Parentesco con el paciente:

Si firma una persona que no es usted, verifique la relación y proporcione una prueba de autoridad.

- Usted     Representante legal\*     Padre/madre de un menor de edad     Otro (especifique)

\_\_\_\_\_  
**\*\*Nombre del intérprete/traductor (si es necesario)**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono**

\* **Si firma una persona que no es usted, verifique la relación y proporcione una prueba de autoridad para hacerlo.**

\*\* **Si se requirió un traductor o intérprete.**

**SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO**

\_\_\_\_\_  
Nombre del personal de la oficina (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha