



Autorización de la Ley HIPAA para divulgar información de salud protegida

Este formulario debe usarse cuando se requiera dicha autorización y cumple con los estándares de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Movilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA).

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac. del paciente: _____

Mi autorización

Autorizo a la siguiente persona o institución médica: _____

a usar o divulgar la información de salud que se indica a continuación con la siguiente persona o institución médica:

Información de salud que se usará o divulgará: (marque una opción)

- ☐ Toda la información de salud del paciente.
- ☐ Información de salud desde el día _____ hasta el día _____
- ☐ Información de salud relacionada con el tratamiento o la afección que se detalla a continuación: _____
- _____
- ☐ Otra: _____

Mis derechos

Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización por escrito y en cualquier momento, excepto cuando la información ya se haya usado o divulgado a partir de mi permiso original. Es posible que no pueda anular esta autorización si su propósito fue obtener cobertura de seguro. Para anular esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarlo a la entidad apropiada a cargo de la divulgación.

Entiendo que los usos y divulgaciones ya hechos basados en mi permiso original no pueden deshacerse.

Entiendo que el receptor de la información usada o divulgada con mi permiso podría volver a divulgarla y que esa información ya no está protegida por los estándares de privacidad de la HIPAA.

Entiendo que el tratamiento brindado por cualquiera de las partes podría no estar condicionado a mi autorización (salvo que el tratamiento busque únicamente generar información de salud para un tercero o formar parte de un estudio de investigación) y que podría tener derecho a negarme a firmar esta autorización.

Entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización después de firmarla en cualquier momento en que lo solicite.

Firma del paciente _____ Fecha: _____ Hora: _____

Name of Witness: _____ Title: _____

Signature of Witness _____ Date: _____ Time: _____

Patient Sticker

Last _____
First _____
DOB _____
FIN _____