

## Instrucciones para completar nuestro formulario de autorización de privacidad de HIPAA

Si desea que otra persona que no sea usted tenga acceso a sus registros e información médica, y que nos permita compartir esa información, debe autorizar esto. En este caso, preferimos que sea por escrito.

Dado que **Un Poder Notarial Duradero para la Atención Médica** sólo es efectivo después de que haya perdido su capacidad para tomar o comunicar decisiones, el Poder notarial no autoriza la divulgación de información médica mientras siga siendo competente. Si desea que otra persona que no sea usted tenga acceso a esa información ahora, mientras sigue siendo competente, debe completar y firmar nuestro Formulario de autorización de privacidad de HIPAA, independientemente de si también tiene o no un Poder Notarial Duradero para la Atención Médica.

Este es un formulario de **Autorización General** y debe completarlo el paciente o su representante personal que solicite la divulgación, en lugar de la entidad o persona que recibe o divulga la información. Sin embargo, si necesita ayuda para completar este formulario, nos complace brindarle asistencia.

**En la Sección 1**, ingrese el **nombre** del proveedor de atención médica (hospital, médico, consultorio, etc.) que está autorizando a compartir su información (la mayoría de las veces será el nombre de nuestro consultorio) y el nombre de la persona o entidad autorizada para recibir la información. . Puede usar un solo formulario para designar a varias personas o entidades que están autorizadas a recibir su información.

**En la Sección 2** indique **el período de tiempo** en que la información está cubierta por la autorización.

**En la Sección 3**, indique **qué información** se puede compartir.

**En la Sección 4**, indique **cuánto tiempo** durará la autorización, por ejemplo, hasta una fecha determinada o hasta su fallecimiento. Usted tiene el poder de revocar, la autorización por escrito en cualquier momento notificando a la entidad o persona que ha autorizado a compartir su información.

El formulario debe ser **firmado por el paciente** o por el representante personal del paciente, como un padre, si el paciente es menor de edad.

**Este formulario de Autorización General no puede usarse para:**

- Autorizaciones para usar PHI para Marketing
- Autorizaciones específicas para el uso de PHI que no sean permitidas por la ley
- Autorizaciones condicionales relacionadas con la investigación o los beneficios del seguro.

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

# Formulario de autorización de privacidad de HIPAA

Autorización para liberación o divulgación de información de salud protegida  
(Requerido por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud - 45 CFR Partes 160 y 164)

1. Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_  
para divulgar la información de salud protegida que se describe a continuación para:

---

2. Por la presente autorizo la divulgación de información que cubre el período de atención médica de  
(marque una casilla):

\_\_\_\_\_ hasta  **Todos los periodos, pasados, presentes y futuros**

3. Información a divulgar (marque solo una casilla, la que sea más apropiada):

Nombre Completo del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

3a.  Por la presente autorizo la divulgación de mi **registro de salud completo** o las fechas indicadas anteriormente, incluidos los registros relacionados con la atención de salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA y el tratamiento del abuso de alcohol / drogas, si corresponde.

3b.  Por la presente autorizo la divulgación de mis **radiografías u otras imágenes solamente**

3c.  Por la presente autorizo la divulgación **solo** de \_\_\_\_\_

3d.  Por la presente autorizo la divulgación de mi registro de salud completo con la excepción de lo siguiente:

**marque las casillas que correspondan**

- Registros de salud mental.
- Enfermedades transmisibles, incluido el VIH y el SIDA.
- Tratamiento de abuso de alcohol / drogas
- Otros (especificar): \_\_\_\_\_

4. Esta información de salud protegida **puede ser utilizada** por la (s) persona (s) o entidades que autorizo a recibirla, para tratamiento médico o consulta, facturación o pago de reclamos u otros fines que yo pueda ordenar.

5. Esta autorización **estará vigente** hasta esta fecha o evento: \_\_\_\_\_  
momento en el cual expira.

6. Entiendo que tengo **derecho a revocar** esta autorización por escrito en cualquier momento, pero algunas acciones ya tomadas en base a mi autorización original pueden no ser reversibles.

7. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados si firmo esta autorización.

8. Entiendo que la información utilizada o divulgada bajo esta autorización puede ser revelada por ciertos destinatarios y, en algunos casos, puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre impreso del paciente o representante personal

Relación (si no es paciente)