

Instrucciones para completar el formulario de autorización de asistencia LEP

Si desea que alguien que no sea usted tenga acceso a su información y registros médicos y nos permita divulgar o divulgar esa información, debe autorizarlo. En este caso preferimos que sea por escrito.

Dado que un **poder notarial duradero para atención médica** solo entra en vigor después de que usted haya perdido su capacidad para tomar o comunicar decisiones, el poder notarial no autoriza la divulgación de información médica mientras usted siga siendo competente. Si desea que alguien 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 atención médica. .

Este es un formulario **de Autorización específica** y debe ser completado por el paciente o su representante personal que solicita la divulgación, en lugar de la entidad o persona que recibe o divulga la información. Sin embargo, si necesita ayuda para completar este formulario, estaremos encantados de brindarle asistencia.

En la Sección 1 , inserte el nombre del paciente que desea interpretación, el consultorio que está autorizado a revelar información médica protegida al intérprete y la persona o entidad autorizada a recibir la información para poder interpretar para usted. Puede utilizar un único formulario para designar varias personas o entidades que estén autorizadas a recibir su información. No está obligado a proporcionar sus propios servicios de intérprete ni a que alguien que lo acompañe interprete su información de salud protegida si no desea que lo hagan.

En la Sección 2, indique el **período de tiempo** de la información que estará cubierta por la autorización y **qué categorías de información** *no* pueden divulgarse.

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

El formulario debe estar **firmado por el paciente** o su representante personal, como uno de sus padres si el paciente es menor de edad.

Este formulario de autorización solo debe usarse para divulgaciones y usos de PHI con el propósito de asistencia de interpretación de idiomas por parte de un tercero que de otro modo no tendría permiso para acceder a la PHI del paciente.

Iniciales del paciente _____

Formulario de autorización de divulgación de privacidad de HIPAA para asistencia lingüística Autorización para divulgación o divulgación de información médica protegida

(De acuerdo con las leyes de no discriminación y privacidad de la información).

1. Yo, (el paciente) _____, por la presente autorizo a **The Healing Sanctuary** a divulgar la información de salud protegida que se describe a continuación a

_____, con el propósito de interpretación de idiomas, y **deseo que la persona mencionada anteriormente continúe interpretándome.**

2. Por la presente autorizo la divulgación de información que cubre el período de atención médica (marque la casilla correspondiente): _____ a _____ todos los períodos pasados, presentes y futuros

Información que se divulgará (marque la casilla correspondiente):

2a. Por la presente **autorizo la divulgación de cualquier contenido de mi registro médico para facilitar la mejor atención posible al paciente** (incluidos registros relacionados con atención de salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA y tratamiento de abuso de alcohol/drogas).

O

2b. Por la presente **autorizo la divulgación de cualquier cosa en mi expediente médico con excepción de** : Expedientes de salud mental

Enfermedades transmisibles (incluidos el VIH y el SIDA)

Tratamiento por abuso de alcohol/drogas

Otro (especifique): _____

3. Esta información de salud protegida podrá ser utilizada por las personas o entidades que autorizo para recibirla, con fines de interpretación de idiomas.

4. Esta autorización vence al concluir esta fecha o evento: _____.

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

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

7. Entiendo que la información utilizada o divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada aún más por los destinatarios y, en algunos casos, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante personal Relación con el paciente