



Instrucciones para completar nuestro formulario de autorización de privacidad HIPAA

Si desea que alguien que no sea usted tenga acceso a su información y registros médicos, y que no 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 vigencia después de que usted 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 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 general** y debe ser llenado por el paciente o su personal representante 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 proveedor de atención médica (hospital, médico, consultorio, etc.) autorizando a divulgar su información (la mayoría de las veces será el nombre de nuestra práctica), 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 para recibir su información.

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

En la Sección 3, indique **qué información** se permite divulgar.

En la Sección 4, indique cuánto tiempo permanecerá **vigente la autorización**, 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 para divulgar información.

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

Este formulario de Autorización General no se puede utilizar para:

- Autorizaciones para usar PHI para marketing
- Autorizaciones específicas para el uso de PHI que no sea permitido por la ley
- Autorizaciones condicionales relativas a beneficios de investigación o seguros

Iniciales del paciente: _____

Formulario de autorización de privacidad HIPAA

Autorización para la Divulgación o Liberación de Información de Salud Protegida
(Requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico - 45 CFR Partes 160 y 164)

1. Yo, el abajo firmante, autorizo a que se divulguen mis registros médicos

Nombre: The Healing Sanctuary Nombre: _____

Dirección: 187 E. 13th Street, Idaho Falls, ID 83404 Habla a: _____

Teléfono: (208) 497-0500 Teléfono: _____

Fax: (208) 497-0198 Fax: _____

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

_____ a _____ todos los períodos pasados, presentes y futuros

3. **Información que se divulgará** (marque solo una casilla, anteriormente la que sea más apropiada):

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

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

3c. Por la presente autorizo la liberación de solamente _____

3d. Por la presente autorizo la divulgación de mi expediente médico 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 por abuso de alcohol/drogas

Otro (especifique): _____

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



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 ya se han tomado algunas medidas basadas en mi autorización original puede no ser reversible.

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

8. Entiendo que la información utilizada o divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada por ciertos destinatarios y, en algunos casos, es posible que ya no estén protegidos por las leyes federales o estatales.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Escriba el nombre del paciente o representante personal

Relación (si no es paciente)