



1ROI

Todas las secciones de este formulario **deben** estar completas para que constituyan una autorización válida para la divulgación de información médica bajo las normas de privacidad de Ley de Portabilidad y responsabilidad del seguro médico (Health Insurance Portability and Accountability Act) (HIPAA, por sus siglas en inglés). Si algún campo se deja vacío, la autorización se considerará incompleta.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Número de registro médico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Correrlo un poco a la derecha _____ Correrlo a la derecha bajo la línea _____ Dirección de correo electrónico _____

Autorizo el uso y divulgación de información médica acerca de mi persona como se describe a continuación:

Institución autorizada a divulgar mi información médica _____

Agencia o persona(s) individual(es) autorizadas a recibir mi información médica _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Correrlo un poco a la derecha _____ Correrlo a la derecha bajo la línea _____ Dirección de correo electrónico _____

- La Información médica que es posible usar/divulgar se limita a lo siguiente: Notas de progreso Registro de Sala de emergencia
- Resumen de alta Historial y física Consulta(s) Lab Informe de patología
- Nota(s) operatorias Imágenes/Rayos X Informes de Rayos X Expediente completo
- Otro (especificar) _____

La Información médica que es posible usar/divulgar se limita a los siguientes periodos de atención médica:

Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____ Número de cuenta: _____

Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____ Número de cuenta: _____

La información médica que se divulgará a la agencia/persona individual indicada arriba se usará/divulgará para el(los) siguiente(s) propósito(s):

- Tratamiento/Consultas A solicitud del paciente Investigación Mercadotecnia Pago de facturas o reclamos
- A solicitud del patrono Otro _____

La "Información médica" le identifica a usted (el paciente) por nombre e incluye otra información demográfica sobre su persona. La "Información médica" es posible que incluya, pero no se limita a: registros médicos, películas de rayos X, diapositivas, trazos, bandas, etc. Por este medio eximo a la institución encargada de la divulgación, sus agentes y empleados de cualquier y toda obligación, responsabilidad, daños y reclamos que pudieran surgir de la divulgación de información autorizada aquí, **que incluya alcohol, abuso de drogas, enfermedad trasmisible, incluyendo el estado de VIH y/o diagnósticos psiquiátricos** recopilados durante mi visita, sesión de terapia u hospitalización, o por hacer copias de esto, de acuerdo con las políticas de esta institución.

Sí No Si aplica, estoy de acuerdo con la divulgación de mis registros médicos o de facturación que contienen la **información sensible** detallada anteriormente.

Es posible que la Información médica protegida utilizada o divulgada conforme esta autorización esté sujeta a una divulgación previa por parte del destinatario y ya no esté protegida por este reglamento de privacidad. Si la Información médica relacionada con investigación se usa o divulga con propósitos de investigación continua, no aplica una fecha o evento de expiración.

Esta autorización automáticamente **expirará a los 60 días** después de la fecha de firma que aparece abajo (excepto como se indica a continuación), a menos que se especifique una fecha anterior, o al término de un evento especificado. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, como se indica en el Aviso de Prácticas de privacidad, excepto en donde la institución ya haya realizado divulgaciones en base a mi autorización previa.

Es posible que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no esté condicionada por obtener una autorización si la HIPAA prohíbe dicho condicionamiento. Si se permite el condicionamiento, es posible que el rechazo para firmar la autorización ocasione la denegación de atención o cobertura.

AVISO PARA LA AGENCIA O PERSONA INDIVIDUAL QUE RECIBE: Esta información se debe tratar de acuerdo con los reglamentos de privacidad de (HIPAA).

Firma del paciente o representante personal autorizado*		Fecha	Hora
Relación el paciente/Autoridad para actuar en nombre del paciente		Intérprete, si se utilizó	
Firma del testigo	Fecha	Hora	Fecha o evento de expiración

- *Firma confirmada contra licencia de conducir o la firma en el Registro médico. Puede haber un cargo por copiar los Registros médicos.
- Copia electrónica solicitada.

Authorization to Use and Disclose Protected Health Information

Patient Label