

Según las normas de privacidad de la Ley de responsabilidad y transferibilidad de seguros médicos (HIPAA), todas las secciones de este formulario **deben** completarse para que constituya una autorización válida para la divulgación de información médica. Si se deja en blanco alguna sección, la autorización no se considerará válida.



\*ROI\*

Nombre del paciente				Fecha de nacimiento		Número de registro médico	
Dirección			Ciudad		Estado		Código postal
Número de teléfono				Dirección de correo electrónico			
<b>Autorizo el uso y divulgación de mi información médica tal como se describe a continuación:</b> Establecimiento autorizado para divulgar mi información médica							
Dirección			Ciudad		Estado		Código postal
Número de teléfono				Dirección de correo electrónico			
Agencia o persona(s) autorizada(s) para recibir mi información médica							
Dirección			Ciudad		Estado		Código postal
Número de teléfono				Dirección de correo electrónico			
La información médica que se puede usar o divulgar se limita a lo siguiente: <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Registros de la sala de emergencia <input type="checkbox"/> Resúmenes de altas hospitalarias <input type="checkbox"/> Historiales médicos y exámenes físicos <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes patológicos <input type="checkbox"/> Notas quirúrgicas <input type="checkbox"/> Estudios por imágenes y radiografías <input type="checkbox"/> Informes radiográficos <input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Tiras de cardiocografía <input type="checkbox"/> Otros ( <i>especificar</i> ) _____ La información médica que se puede usar o divulgar se limita a los siguientes períodos de atención médica: De (fecha): _____ a (fecha): _____ Número de cuenta: _____ De (fecha): _____ a (fecha): _____ Número de cuenta: _____ La información médica que se divulgue a la agencia o persona mencionada anteriormente se usará o revelará para los siguientes fines: <input type="checkbox"/> Tratamientos o consultas <input type="checkbox"/> A solicitud del paciente <input type="checkbox"/> Investigaciones <input type="checkbox"/> Comercialización <input type="checkbox"/> Facturación o reclamos <input type="checkbox"/> A solicitud del empleador <input type="checkbox"/> Otros _____							
La "información médica" lo identifica por su nombre e incluye información demográfica sobre su persona. La "información médica" puede incluir sin limitación alguna lo siguiente: registros médicos, radiografías, placas, imágenes, tiras, etc.							
Por medio de la presente libero al establecimiento que divulga la información, a sus agentes y empleados de toda responsabilidad, obligación, perjuicios y reclamos que pudieran surgir como resultado de la divulgación de información que aquí se autoriza, <b>incluyendo la información que se compile durante mi consulta, encuentro u hospitalización por abuso de alcohol o drogas, enfermedades transmisibles como el estado de VIH o diagnósticos psiquiátricos</b> , o por las copias que se hagan de estos registros de acuerdo a las políticas de este establecimiento.							
<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> De ser aplicable, declaro estar de acuerdo en que se divulguen mis registros médicos o financieros que contengan la <b>información confidencial</b> enunciada anteriormente.							
La información médica protegida usada o divulgada según esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la persona o entidad que la reciba, en cuyo caso dejará de estar protegida por esta norma de privacidad. Si se usa o divulga información médica relacionada con investigaciones para fines de investigación continua, no es aplicable una fecha de expiración ni un evento.							
La vigencia de esta autorización <u>vencerá a los 60 días</u> a partir de la fecha de la firma que aparece a continuación (salvo que se indique lo contrario), a menos que se especifique una fecha de vencimiento anterior o un evento específico. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, tal como lo indica el Aviso de prácticas de privacidad, salvo en lo que se refiere a las divulgaciones que el establecimiento haya hecho tomando como base mi autorización anterior.							
El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios no puede condicionarse a la obtención de una autorización si HIPAA prohíbe dicho condicionamiento. Si dicho condicionamiento está autorizado, la negación a firmar la autorización podría resultar en la denegación de atención o de cobertura.							
<b>AVISO PARA LA AGENCIA O PERSONA RECEPTORA:</b> esta información debe tratarse según las normas de privacidad (HIPAA).							
Firma del paciente o su representante personal autorizado*					Fecha		Hora
Relación con el paciente / título que autoriza a actuar en representación del paciente					Intérprete, en caso se haya utilizado uno		
Firma del testigo			Fecha		Hora		Fecha de expiración o evento
<input type="checkbox"/> *La firma debe validarse con la licencia de conducir o la firma en el registro médico. Es posible que haya un cargo por las copias de los registros médicos. <input type="checkbox"/> Copia electrónica solicitada.							