

Autorización de Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Favor de imprimir toda la información. Este formulario debe ser firmado y con fecha cada año.

Número de Expediente Médico: _____

Nombre del Paciente: _____

Número de seguro social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Entidad Solicitada para la Divulgación de Información: _____

Propósito de la Solicitud (quien será autorizado en recibir la información) – Yo autorizo a la entidad mencionada arriba divulgar o proveer la información de salud protegida, sobre mí al individuo/individuos enumerado abajo.

Quien será autorizado en recibir la información (enumere al individuo/entidad quien recibirá su información de salud protegida):

Nombre del Individuo/Entidad: _____

Dirección: _____

Número Telefónico: _____

Descripción de la información que será divulgada – Autorizo que la práctica divulgue mi información de salud protegida siguiente, a la entidad, individuo o personas identificados arriba:

- Archivo de salud completa; **o**, marca **solo** los artículos de información que sean divulgadas:
 - Archivos de la oficina
 - Resultados del laboratorio, reportes de patología
 - Radiografía
 - Reporte historial financiera (de los últimos 3 años solamente)
 - Hogar de ancianos, salud en el hogar, hospital para enfermos terminales, y otros reportes médicos
 - Reporte del examen para la VIH o de otras enfermedades transmisibles
 - Reporte de salud mental o de tratamiento para el abuso de sustancias
 - Solo envía lo siguiente: _____

Propósito para la divulgación (favor de anotar porqué se divulgará la información o marca solicitud del paciente):

- Solicitud del paciente
 - Otro (especificar): _____
- Esta autorización se vence el año calendario de su firma abajo, a menos que usted especifique una terminación más temprano. Debe renovar o entregar una nueva autorización después de la fecha de vencimiento para continuar la autorización. Favor de anotar la fecha de vencimiento solo si es más temprano que el final del año calendario: _____
 - Tiene el derecho de terminar esta autorización en cualquier momento solo tiene que entregar una solicitud por escrito al Director de Privacidad. La terminación será puesto en efectivo al recibir la notificación con excepción donde la divulgación fue basándose en la autorización previa.
 - Esta práctica no pone condiciones/requisitos en firmar esta autorización para recibir tratamiento médico.
 - No tenemos control sobre la persona/personas que usted haya enumerado en recibir su información de salud protegida. Por lo tanto, su información de salud protegida divulgada mediante esta autorización puede ser que ya no sea protegido bajo los requisitos de la Regla de Privacidad, y ya no será la responsabilidad de la práctica.

firma del paciente o representante

fecha

firma del paciente o representante

fecha

firma del paciente o representante

fecha

Bajo solicitud, tiene el derecho de recibir una copia de esta autorización firmada

ID Verificada _____



Limited Patient Authorization for the Disclosure of Protected Health Information

The Limited Patient Authorization gives us the authority to provide the person or entity you designate on the form with access to your protected health information (PHI). The Limited Patient Authorization is limited to accessing only the information that you designate and does not give any other rights to the person you have named on the form. Use of this form will enable us to provide your health information to a person or entity that may be involved in your healthcare.

The following outline will describe the information we will need on the form and its purpose. Please address any questions you have with our staff.

Patient Name – Print your name.

Social Security Number and Date of Birth – This information is needed for identity verification and will be maintained in a confidential manner at all times.

Entity Requested to Release Information – This simply identifies who is to provide the information.

Purpose of Request – To disclose your protected health information to an individual.

Who will be authorized to receive information – Enter the name, address and phone number of the individual or entity that you are designating to receive the enclosure.

Description of Information to be disclosed – The type and amount of health information that we disclose is determined by you. We can disclose or provide access to all of your health information or it can be limited to a specific item.

Purpose of Disclosure – Regulations require that we identify the purpose for disclosing limited information. You also have the right to keep the purpose to yourself by selecting “Patient Request.”

Expiration or Termination – This authorization will expire at the end of the calendar year in which it was signed unless you specify an earlier termination. The authorization must be renewed each year as a means of protecting your information by verifying your wish to continue the authorization for disclosure.

Right to Revoke or Terminate – You may revoke or terminate the authorization at any time by submitting a written notice to our Privacy Manager.

Non-Conditioning Statement – This simply states that our practice does not place conditions for treatment on the use of the authorization.

Re-disclosure Statement – We cannot be responsible for what the receiving entity does with your health information that we provide under this authorization. The re-disclosure statement simply informs you of this situation.

Signature and Date – We will need your signature and date of the signature to make the authorization effective.

Copies – We will provide you with a copy of this signed authorization upon request.

Please complete reverse side ⇨