

**AUTHORIZATION FORM FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Instrucciones: Todos los Cuadros 1 al 7 deben completarse. Si algún cuadro *no* se completa, este "Formulario de Autorización" se considerará incompleto y defectuoso y no se podrá utilizar.

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE TODA LA INFORMACIÓN EXCEPTO LAS FIRMAS REQUERIDAS

Cuadro 1: Identificación del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FEC. NAC. _____
DIRECCIÓN DEL PACIENTE: _____
Calle [Número de apartamento, P.O. Box – según corresponda], Ciudad, Estado y Código Postal
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL u OTRO IDENTIFICADOR

Cuadro 2: Tipo de expedientes/Información que se divulgará - describa cuáles expedientes/información específica puede usarse o divulgarse. ***Las notas de psicoterapia no se pueden incluir; se requiere una autorización por separado.*** (Ejemplos: *todo, solo radiografías, expedientes de los últimos 12 meses*):

Cuadro 3: Personas, instalaciones o clase de personas que están autorizadas para usar o divulgar (proporcionar) el expediente/información:

Cuadro 4: Personas, instalaciones o clase de personas que tienen autorización para recibir el expediente / información:

Cuadro 5: Vencimiento: Esta "Autorización" vencerá el _____ (MM/DD/AA) o en el siguiente evento específico:
1 año

Cuadro 6: Propósito para el cual usted deseaba que se utilizara o divulgara el expediente/información:

Continuation de la atención del paciente Otro

Cuadro 7: Autorizar la firma

- Entiendo que si la persona o entidad que recibe el expediente/información descrita no es un proveedor de atención de la salud o un plan de salud sujeto a las regulaciones federales de privacidad, el expediente/ información podría divulgarse nuevamente y ya no estar protegido por dichas regulaciones.
- Entiendo que el hospital no puede condicionar la provisión de tratamiento o el pago a un individuo al exigirle que complete una autorización
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de cualquier expediente/información utilizado o divulgado con esta autorización.
- También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la entrega de una revocación por escrito al Departamento de Administración de Información de Salud (puede encontrar más información en el Aviso de Prácticas de Privacidad).
- Si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto en las acciones que ya se hayan realizado en virtud de este formulario.
- Autorizo el uso o divulgación de los expedientes/información descrita. He leído y entiendo este formulario. Recibí una copia de este formulario. Soy el paciente mencionado o estoy autorizado para actuar en nombre del paciente como el representante personal del paciente.

Firma del paciente o representante personal del paciente

Fecha de la firma

Relación del representante personal con el paciente:

Nombre con letra de molde del representante personal