

# HIPAA Privacidad de Autorización Formulario

\*\*\* Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida \*\*\*  
(Requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, 45 CFR, Partes 160 y 164)

## 1. Autorización

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ (oficina) para usar y divulgar la información protegida de la salud se describe a continuación para \_\_\_\_\_

(Recipiente de autorización)

\*

## 2. Período de vigencia

Esta autorización para la divulgación de la información abarca el período de:

\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ (Checkea una)  Todo pasado, presente y futuro.

\*

## 3. Alcance de la autorización

Yo autorizo para la divulgación de mis registros médicos completos (incluyendo los registros relativos a la salud mental, las enfermedades transmisibles, el HIB o el AIDS, y los tratamientos de abuso de alcohol o drogas).

### OTRA OPCIÓN

Yo autorizo la divulgación de mi historia clínica completa, con **excepción** de las informaciones de:

- Los registros de salud mental
- De enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA)
- El tratamiento de abuso de alcohol / drogas
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

\*

4. Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo para recibir esta información para el tratamiento o consulta médica, de facturación o reclamaciones de pago, o para otros fines como puedo dirigir.

\*

5. Esta autorización tendrá efecto hasta \_\_\_\_\_ (fecha o evento), momento en que esta autorización expira.

\*

6. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que la revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad que ya ha actuado en consonancia con mi autorización o si mi autorización fue obtenida como condición para obtener la cobertura del seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar una reclamación.

\*

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

\*

8. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser revelada por el recipiente y ya no puede ser protegida por la ley federal o estatal.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del paciente completo

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)