

**Autorización para utilizar o compartir información de salud protegida (PHI)**

\*Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Historia clínica nro.: \_\_\_\_\_

\*Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

\* Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nro. de teléfono del paciente (incluido el código de área): Particular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Mediante el presente documento, autorizo a \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona u organización que divulgará la información de salud protegida (PHI)

a divulgar la siguiente información a la persona u organización que recibirá la PHI:

Nombre, dirección, teléfono, fax	* Relación	* Propósito

**Información que se revelará:**

- \_\_\_ Registros de servicios recibidos en el siguiente período: del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Información pertinente (incluye notas de los médicos y resultados de diagnóstico)
- \_\_\_ Historia clínica completa (incluye todos los registros excepto las notas de psicoterapia)
- \_\_\_ Notas de psicoterapia (si se marca esta casilla, no se puede marcar ninguna otra)
- \_\_\_ Registros de salud mental (excepto las notas de psicoterapia)
- \_\_\_ Expedientes de enfermedades transmitidas sexualmente
- \_\_\_ Expedientes de VIH
- \_\_\_ Registros de tratamientos por abuso de sustancias
- \_\_\_ Información de facturación

Otra: \_\_\_\_\_

La información se puede divulgar para los siguientes propósitos únicamente:

- \_\_\_ Seguro
- \_\_\_ Continuidad de tratamiento
- \_\_\_ Legal
- \_\_\_ Por pedido mío o de mi representante

Otro: \_\_\_\_\_

**Comprendo que si firmo esta autorización voluntariamente:**

- Autorizo el uso o la divulgación de mi PHI según se describe arriba para los propósitos indicados.
- Tengo derecho a cancelar el permiso para revelar mi información. Si firmo esta autorización de uso o divulgación de mi información, puedo revocarla en cualquier momento. La revocación se debe realizar por escrito a la persona u organización que divulga la información, pero no afectará a la información que ya se haya utilizado o divulgado.



- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Comprendo que, a menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de una reclamación de beneficios, el hecho de firmarla no afectará mi elegibilidad relativa a los beneficios, el tratamiento, la inscripción o el pago de reclamaciones.
- Mi información médica podría indicar que tengo una enfermedad transmisible o no transmisible, incluidas, entre otras enfermedades, la hepatitis, la sífilis, la gonorrea, o el VIH o el SIDA; o podría indicar que tengo trastornos psicológicos o psiquiátricos, o problemas de abuso de sustancias, o que he recibido tratamiento por estos trastornos o problemas.
- Comprendo que puedo modificar esta autorización en cualquier momento dirigiéndome por escrito a la persona u organización que divulga mi PHI.
- Comprendo que no puedo restringir información que posiblemente ya haya sido revelada en función de esta autorización.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede ser nuevamente divulgada por el receptor, y es posible que ya no esté protegida por la norma de privacidad.

A menos que esta autorización sea revocada o que se indique otra fecha, la fecha de vencimiento automática de esta autorización es al año de la fecha de mi firma o en el momento en que ocurra el siguiente acontecimiento:

\* \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o el representante legal

\* \_\_\_\_\_  
Fecha

\* \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del paciente o el representante legal

\* \_\_\_\_\_  
Fecha de vencimiento (si supera el año desde la fecha de la firma o si no se indica ningún acontecimiento)

\* \_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante legal  
*\*Campo obligatorio*

**(INTERNAL USE ONLY)**

- 1) Number of pages released: \_\_\_\_\_
- 2) If releasing records following a verbal modification by the requestor, please describe below:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Specific documentation released:

- a) Pertinent Only \_\_\_\_\_
- b) Other \_\_\_\_\_

3) Staff initials: \_\_\_\_\_

4) Verification of authorized receiver:

- a. License \_\_\_\_\_
- b. Photo ID \_\_\_\_\_
- c. Other (describe) \_\_\_\_\_

5) Authorized Receiver:

a. Name: \_\_\_\_\_

b. Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## Título

Instrucciones para .....

- 1) Indique el nombre y la fecha de nacimiento del paciente.
- 2) OPCIONAL: Indique el nro. de historia clínica y/o el nro. del Seguro Social.
- 3) Indique el nombre de la persona u organización que divulgará la PHI.
- 4) Indique el nombre y la dirección de la persona u organización que recibirá la PHI.

### Información que se revelará:

- 1) Marque la casilla que corresponda.
- 2) Si la información que se revelará no está en la lista, marque la casilla "Otra" e indique qué información se revelará en el espacio provisto.
  - a. Si se revela información de facturación, indique qué información de facturación se solicita. Si se solicita toda la información de facturación, sencillamente marque la casilla.
  - b. Si se solicitan las notas de psicoterapia, no se puede revelar ninguna otra información. Para solicitar información adicional, se debe completar una autorización aparte.

### Propósito de la divulgación de información:

- 1) Marque la casilla que corresponda.
- 2) Si el propósito no está en la lista, marque la casilla "Otro" e indique el propósito en el espacio provisto.

### Fecha de vencimiento:

- 1) A menos se indique otra cosa en la parte inferior del formulario, la fecha de vencimiento es al año de la fecha de la firma del paciente o en el momento en que ocurra un acontecimiento definido por el paciente.
  - a. Si el paciente escoge un acontecimiento, indique cuál es el acontecimiento en el espacio provisto.
  - b. Si el paciente opta por hacer que la fecha de vencimiento sea superior a un año, indique la fecha en el espacio provisto al final del formulario.

### Firma:

- 1) Obtenga la firma del paciente o el representante legal.
- 2) Si un representante legal firma el formulario, indique la descripción de su autoridad.

### Fecha:

- 1) La fecha es la fecha en que se firma el formulario.

