

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por favor complete todas las secciones de este formulario de liberación de HIPAA. Si alguna sección se deja en blanco, este formulario no será válido y no será posible que su información de salud se comparta según lo solicitado.

Sección I - Autorización

Yo, _____, doy mi permiso para _____ compartir la información que figura en la Sección II de este documento con la (s) persona (s) u organización (s) que he especificado en la Sección IV de este documento.

Sección II - Información de Salud

Me gustaría dar permiso a la organización de salud anterior para:

Revelar mi registro de salud completo, que incluye, entre otros, diagnóstico, resultados de pruebas de laboratorio, tratamiento y registros de facturación para todas las condiciones.

Revelar mi historial médico completo, excepto por la siguiente información:

Registros de salud mental

Enfermedades transmisibles que incluyen, pero no se limitan a, VIH y SIDA

Revelar registros de tratamiento de abuso de alcohol / drogas

Información genética

Otro:

Forma de revelación de información:

Copia electrónica o acceso a través de un portal en el internet.

Copia en papel.

Sección III - Motivo por el cual se está revelando la información

Por favor, detalle las razones por las que se comparte la información. Si está iniciando la solicitud de compartir información y no desea enumerar las razones para compartirla, escriba "solicitud propia".

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Sección IV - Quién puede recibir mi información de salud

Doy mi autorización para que la información de salud que se detalla en la sección II de este documento se comparta con la (s) siguiente (s) persona (s) u organización (es):

Nombre: _____

Organización: _____

Dirección: _____

Entiendo que la (s) persona (s) / organización (es) enumerada (s) arriba puede no estar cubierta por las reglas estatales / federales que rigen la privacidad y seguridad de los datos y se le puede permitir compartir más la información que se les proporciona.

Section V - Duración de esta Autorización

Esta autorización para compartir mi información de salud es válida:

Desde _____ hasta _____

O

Todos los períodos pasados, presentes y futuros.

O

La fecha de la firma en la sección VI hasta el siguiente evento.:

Entiendo que puedo revocar esta autorización para compartir mis datos de salud en cualquier momento y puedo hacerlo mediante el envío de una solicitud por escrito a:

Nombre: _____

Organización: _____

Dirección: _____

Entiendo que:

- En el caso de que mi información ya haya sido compartida para cuando se revoque mi autorización, puede ser demasiado tarde para cancelar el permiso para compartir mis datos de salud.
- Entiendo que no necesito dar ningún otro permiso para que la información detallada en la Sección II se comparta con la (s) persona (s) u organización (s) enumerada (s) en la Sección IV.

Este documento será retenido por la organización proveedora por siete años.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

- Entiendo que no firmar o enviar esta autorización o la cancelación de esta autorización no me impedirá recibir ningún tratamiento o beneficios a los que tengo derecho, siempre que esta información no sea necesaria para determinar si soy elegible para recibir esos tratamientos. o beneficios o para pagar los servicios que recibo.

Sección VI - Firma

Nombre del Paciente (Escriba)

Fecha

Firma

Si una persona con autoridad legal está completando este formulario para actuar en nombre de una persona, como un padre o tutor legal de un menor o un agente de atención médica, complete la siguiente información:

Nombre de la persona que completa este formulario:

Firma de la persona que completa este formulario:

Describa a continuación cómo esta persona tiene autoridad legal para firmar esto:
