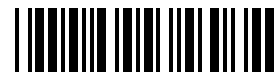


Todas las partes de este formulario **deben** completarse para conformar una autorización válida de divulgación de información de salud según las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). En caso de quedar un campo vacío, la autorización se considerará defectuosa.



\*ROI\*

Nombre del paciente				Fecha de nacimiento	Número de historia clínica
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	Dirección de correo electrónico
Autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud tal como se describe a continuación:					
Centro autorizado a divulgar mi información de salud					
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	
Agencia o persona autorizada para recibir mi información de salud					
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	
La información de salud que puede ser utilizada o divulgada se limita a lo siguiente:					
<input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Resumen del alta			<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Historia y examen físico
<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Laboratorio			<input type="checkbox"/> Informe patológico	<input type="checkbox"/> Informes de radiografías
<input type="checkbox"/> Notas sobre operaciones	<input type="checkbox"/> Diagnóstico por imágenes/radiografías			<input type="checkbox"/> Informes de radiografías	<input type="checkbox"/> Otro ( <i>especifique</i> ) _____
<input type="checkbox"/> Registro completo	<input type="checkbox"/> Tiras de monitoreo cardíaco del feto			<input type="checkbox"/> Otro ( <i>especifique</i> ) _____	
<b>Información confidencial:</b> <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> Enfermedades transmisibles, incluyendo diagnóstico de VIH					
<input type="checkbox"/> Análisis genéticos <input type="checkbox"/> Diagnósticos psiquiátricos/del comportamiento					
La información de salud que puede ser utilizada o divulgada se limita a los siguientes períodos de atención médica:					
Desde (fecha): _____	Hasta (fecha): _____	Número de cuenta: _____			
Desde (fecha): _____	Hasta (fecha): _____	Número de cuenta: _____			
La información de salud que se divulgará a la agencia o persona mencionadas anteriormente debe ser utilizada con el siguiente propósito:					
<input type="checkbox"/> Tratamiento/consulta	<input type="checkbox"/> A pedido del paciente			<input type="checkbox"/> Investigación	<input type="checkbox"/> A pedido del empleador
<input type="checkbox"/> Investigación de mercado	<input type="checkbox"/> Facturación o pago de reclamos			<input type="checkbox"/> A pedido del empleador	
<input type="checkbox"/> Otro _____					
La "Información de salud" identifica al paciente por nombre e incluye otra información demográfica acerca de usted. La "Información de salud" puede incluir, entre otras cosas: historias clínicas, radiografías, placas, trazados, tiras, etc.					
Por la presente, libero de responsabilidad al centro de divulgación, así como a sus agentes y empleados, de toda obligación, responsabilidad, daño y reclamo que puedan surgir de la divulgación de la información autorizada aquí, incluida la información confidencial indicada anteriormente, que se haya compilado durante mi visita, encuentro u hospitalización, o las copias que se realicen conforme a las políticas del centro.					
La Información de salud protegida utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y deja de estar protegida por esta norma de privacidad. Si se utiliza o divulga información de salud relacionada con una investigación con fines de investigación continua, no se aplicará una fecha de vencimiento ni un hecho determinante.					
Esta autorización <i>vencerá automáticamente en 60 días</i> después de la fecha de la firma que figura a continuación (salvo según se indique más abajo), a menos que se especifique una fecha anterior o al término del hecho especificado. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, según se establece en el Aviso de prácticas de privacidad, salvo que el centro ya haya hecho divulgaciones confiando en mi autorización previa.					
El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la obtención de una autorización si la HIPAA prohíbe dicho condicionamiento. En caso de que esté permitido el condicionamiento, rehusarse a firmar la autorización puede resultar en la denegación de atención o de la cobertura.					
AVISO PARA LA AGENCIA O LA PERSONA QUE LA RECIBE: Esta información debe tratarse conforme a lo establecido en las normas de privacidad (HIPAA).					
Firma del paciente o del representante legal				Fecha/Hora	
Vínculo con el paciente/autoridad para actuar en nombre del paciente			Intérprete, si se utilizó	Fecha/Hora	
Firma del testigo	Fecha/Hora	Fecha de vencimiento o hecho determinante			
<input type="checkbox"/> <i>*Firma validada con la licencia de conducir o la firma en el registro médico. Puede haber un cargo aparte por el copiado de la historia clínica.</i> <input type="checkbox"/> Copia electrónica solicitada.					

Authorization to Use and Disclose Protected Health Information

HIM-1401SHMS

Page 1 of 1

(Revised 11/10, 02/12, 05/14, 08/14, 04/15, 09/16, 04/17)

Patient Label