



## AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

### Información del/de la paciente

Nombre legal del/de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Clínica / Proveedor de servicios médicos

¿Quién proporciona la información de salud protegida (ISP)?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Persona/Organización que reciba la información

¿Quién recibe la información de salud protegida (ISP)?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Fechas de servicio para la solicitud

Fecha de informe (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Hasta la fecha (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

## **Información de salud protegida (ISP) a ser divulgada**

Marque las casillas de información que está autorizado para la divulgación

Grupos de registros de rutina:


- Hospital – PAQUETE PERT
  - incluye antecedentes e historial físico, informe de alta, consultas, informe quirúrgico, informe de emergencia, resultados de las pruebas de laboratorio / radiología
- Solo resultados de laboratorios
- Informes de radiología
- Imágenes médicas (correo regular solo)
- Terapia física / ocupacional
- Visita al consultorio clínico
- Visita al consultorio de la oficina
- Archivo de vacunas
- Otros: \_\_\_\_\_

Extractos de Facturación:

- Hospital
- Clínica

## **Autorización especial necesaria para la divulgación**

- Información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol/sustancias
- Información sobre pruebas genéticas
- Resultados de la prueba de VIH
- Servicios de salud reproductiva como: fertilidad, embarazo, resultado del embarazo, control de la natalidad, actividad sexual, atención de afirmación de género o pruebas o resultados de infecciones de transmisión sexual (ITS). \* A menos que se especifique lo contrario a continuación autorizo la divulgación de todos los servicios reproductivos.

No doy mi consentimiento para la divulgación de:  \_\_\_\_\_

- Información sobre el tratamiento de la salud mental\*

\*Es obligatoria una autorización por separado para autorizar la divulgación del uso de notas de psicoterapia, según se define en las reglamentaciones federales HIPAA.

## **Método de entrega de divulgación**

- Correo  Fax
- Correo electrónico seguro  Portal MyChart

\*Por favor, ponga sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_ para indicar que entiende el riesgo de seguridad que implica que una vez que la información abandona el modo seguro de transmisión de Barton, la comunicación puede ser leída o interceptada por terceros.

## **Objetivo de esta divulgación**

¿Cómo se debe utilizar la ISP?

- Paciente / Representante del/de la paciente
- Tratamiento / Cuidado continuo
- Legal
- Otros / Descripción \_\_\_\_\_

Esta información no se utilizará para ningún otro propósito que no sea su uso previsto.

**Derechos del/de la paciente**

Al firmar esta autorización entiendo lo siguiente:

- Autorizo el uso o la divulgación de mi Información de salud Protegida (ISP) según se describe para el propósito(s) y personas enumeradas. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y esto no afectará mi tratamiento, pago ni elegibilidad de beneficios. Entiendo que el tratamiento médico no está condicionado a la divulgación de Información de salud protegida a terceros.
- Tengo derecho a solicitar recibir una copia de esta autorización.
- Puedo identificar un evento o fecha de vencimiento de esta autorización. Si no solicito una fecha de vencimiento o evento específico, esta autorización vencerá en 12 meses.
- Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito. La revocación no afectará los usos ni las divulgaciones que ya se hayan producido.
- Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol y/o drogas están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas, 42 C.F.R. Parte 2, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento escrito, a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización podría volver a divulgarse por el/la destinatario/a. En algunos casos, esa redivulgación no está prohibida por la ley de California y puede que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi información médica que haga una divulgación adicional de esta, a menos que se obtenga otra autorización para esas divulgaciones de mi parte o a menos que esa divulgación sea específicamente obligatoria o esté autorizada por ley.

**Firma del/de la paciente**

Firma del/de la paciente: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha firmada (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Su firma autoriza la divulgación de información a la misma persona(s), según se designa, para el tratamiento proporcionado después de la fecha de esta firma, siempre y cuando ese tratamiento suceda antes de la fecha de vencimiento detallada a continuación.

**Información del/de la representante personal**

Firma del/de la representante: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Fecha firmada (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Autoridad legal**

¿Qué autoridad legal tiene para autorizar la divulgación de ISP?

- Paciente
  - Padre del/de la menor
  - Tutor/a
  - Curador/a
  - Poder
  - Albacea testamentario
  - Administrador/a de patrimonio
  - Otros: \_\_\_\_\_
- 

**OFFICE USE ONLY**

**Authorization Explanation**

Unless otherwise revoked, this authorization expires twelve months from the date of signing of this form.

Expires (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

**Release of Information Staff ID Verification**

Identification Type:

- Military ID
- Passport
- Driver License / State ID
- Other: \_\_\_\_\_

Medical Record Number (MRN): \_\_\_\_\_