

AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
Dirección	Número de teléfono del paciente
Ciudad, Estado, Código postal	Cualquier otro nombre utilizado

Solicito que mi proveedor comparta mi información médica protegida (PHI) como se indica a continuación. Específicamente, solicito que mi PHI:

1. De las siguientes ubicaciones y / o proveedores de Centros de atención (enumere todas las ubicaciones):

2. Sea enviada a la siguiente persona / entidad a la dirección / fax / dirección de correo electrónico que se indica a continuación:

Nombre

Dirección	Teléfono
------------------	-----------------

Ciudad	Estado	Código Postal	Fax o Dirección de correo electrónico para la entrega
---------------	---------------	----------------------	--

3. Por la presente autorizo la divulgación de la siguiente información:

Mi historia clínica completa	Solo registros de vacunación	Solo fechas de servicio: _____ a _____
Información específica solamente: _____		

NOTAS: 1) SE INCLUYE INFORMACIÓN SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL / SUSTANCIAS, VIH / SIDA Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL A MENOS QUE USTED PIDA ESPECÍFICAMENTE QUE SE EXCLUYA EN EL ESPACIO A CONTINUACIÓN. SIN EMBARGO, LAS NOTAS DE PSIOTERAPIA NUNCA SE INCLUYEN.

2) SI USTED SOLICITA QUE ENVIEMOS SOLO UNA PARTE DE SU HISTORIAL A UN PROVEEDOR DE TRATAMIENTO, LE ENVIAREMOS SUS REGISTROS PARA QUE USTED LOS ENTREGUE A SU PROVEEDOR; NO ENVIAREMOS REGISTROS INCOMPLETOS DIRECTAMENTE A UN PROVEEDOR DE TRATAMIENTO.

EXCLUYAN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE LOS REGISTROS ENVIADOS: _____

Firma : _____

4. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de mi PHI en la forma, formato y manera que solicite, si se puede producir fácilmente de esa manera, o según lo acuerde. **Si no especifico un formato a continuación, entiendo que mi PHI se me enviará por correo a la dirección indicada anteriormente en formato de copia impresa (papel).**

Por la presente solicito que mi PHI se proporcione de la siguiente manera: mediante entrega electrónica segura a la dirección de correo electrónico anterior; u

otra (especifique): _____.

5. Si he solicitado que los registros se envíen en un formato **no** cifrado, entiendo y acepto el riesgo de enviar mi PHI de manera no segura.
6. Si he solicitado que se me envíen mis registros por correo, entiendo que se me cobrará el costo del papel y el envío postal; si solicito mis registros en una unidad USB o dispositivo similar, se me cobrará el costo de dicho dispositivo.
7. Entiendo que la información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o clase de personas o entidad que la recibe y, entonces, ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.
8. Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando por escrito a mi proveedor O a aestaff@advancedendo.org mi deseo de revocarla. Sin embargo, entiendo que cualquier acción que ya se haya tomado en base a esta autorización no se podrá revertir y mi revocación no afectará a dichas acciones.
9. Entiendo que mi cuidado y tratamiento pueden no estar condicionados a proporcionar esta autorización, si tal condicionamiento está prohibido por la Regla de Privacidad de HIPAA.
10. Mi propósito/uso de la información es para : uso personal; u otro (especifique) _____.

11. Esta autorización vence el _____, 20__, O cuando ocurra el siguiente evento que se relacione conmigo o con el propósito del uso previsto o la divulgación de información sobre mí: (describa / especifique el evento). Si no se proporciona una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá en un año a partir de la fecha de la firma.

NOTA: TARIFAS POR COPIAS: Cuando un paciente solicita una copia de su PHI para uso personal, la ley federal permite una tarifa razonable basada en el costo que incluye solo la de obra por la copia de la PHI, costos de suministros, mano de obra para crear un resumen / explicación de la PHI si se solicitó resumen o explicación y gastos de envío. Consulte <https://health.maryland.gov/mbpme/Documents/medchi21.pdf> para obtener más detalles.

ESTE FORMULARIO SE DEBE CUMPLIMENTAR EN SU TOTALIDAD ANTES DE FIRMARLO; LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS NO SE TRAMITARÁN.

Firma del paciente

Fecha de la firma del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Si el paciente no puede firmar, firma del tutor legal o representante personal del patrimonio del paciente

Fecha de la firma del tutor legal/representante personal

Descripción de la autoridad para actuar en nombre del individuo