Según las normas de privacidad de la Ley de responsabilidad y transferibilidad de seguros médicos (HIPAA), todas las secciones de este formulario ***deben*** completarse para que constituya una autorización válida para la divulgación de información médica. Si se deja en blanco alguna sección, la autorización no se considerará válida.

ROI

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de registro médico

Dirección Ciudad Estado Código postal	Número de teléfono	Dirección de correo electrónico

Autorizo el uso y divulgación de mi información médica tal como se describe a continuación:

Establecimiento autorizado para divulgar mi información médica				
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono

Agencia o persona(s) autorizada(s) para recibir mi información médica				
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono

La información médica que se puede usar o divulgar se limita a lo siguiente: ☐ Notas de progreso ☐ Registros de la sala de emergencia ☐ Resúmenes de altas hospitalarias ☐ Historiales médicos y exámenes físicos ☐ Consultas ☐ Pruebas de laboratorio ☐ Informes patológicos ☐ Notas quirúrgicas ☐ Estudios por imágenes y radiografías ☐ Informes radiográficos ☐ Registro completo ☐ Tiras de cardiotocografía ☐ Otros *(especificar)* _____

La información médica que se puede usar o divulgar se limita a los siguientes períodos de atención médica:
De (fecha): _____ a (fecha): _____ Número de cuenta: _____
De (fecha): _____ a (fecha): _____ Número de cuenta: _____

La información médica que se divulgue a la agencia o persona mencionada anteriormente se usará o revelará para los siguientes fines:
☐ Tratamientos o consultas ☐ A solicitud del paciente ☐ Investigaciones ☐ Comercialización ☐ Facturación o reclamos
☐ A solicitud del empleador ☐ Otros _____

La "información médica" lo identifica por su nombre e incluye información demográfica sobre su persona. La "información médica" puede incluir sin limitación alguna lo siguiente: registros médicos, radiografías, placas, imágenes, tiras, etc.

Por medio de la presente libero al establecimiento que divulga la información, a sus agentes y empleados de toda responsabilidad, obligación, perjuicios y reclamos que pudieran surgir como resultado de la divulgación de información que aquí se autoriza, ***incluyendo la información que se compile durante mi consulta, encuentro u hospitalización por abuso de alcohol o drogas, enfermedades transmisibles como el estado de VIH o diagnósticos psiquiátricos***, o por las copias que se hagan de estos registros de acuerdo a las políticas de este establecimiento.

☐ **Sí** ☐ **No** De ser aplicable, declaro estar de acuerdo en que se divulguen mis registros médicos o financieros que contengan **la información confidencial** enunciada anteriormente.

La información médica protegida usada o divulgada según esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la persona o entidad que la reciba, en cuyo caso dejará de estar protegida por esta norma de privacidad. Si se usa o divulga información médica relacionada con investigaciones para fines de investigación continua, no es aplicable una fecha de expiración ni un evento.

La vigencia de esta autorización *vencerá a los 60 días* a partir de la fecha de la firma que aparece a continuación (salvo que se indique lo contrario), a menos que se especifique una fecha de vencimiento anterior o un evento específico. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, tal como lo indica el Aviso de prácticas de privacidad, salvo en lo que se refiere a las divulgaciones que el establecimiento haya hecho tomando como base mi autorización anterior.

El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios no puede condicionarse a la obtención de una autorización si HIPAA prohibe dicho condicionamiento. Si dicho condicionamiento está autorizado, la negación a firmar la autorización podría resultar en la denegación de atención o de cobertura.

AVISO PARA LA AGENCIA O PERSONA RECEPTORA: esta información debe tratarse según las normas de privacidad (HIPAA).

Firma del paciente o su representante personal autorizado*			Fecha	Hora
Relación con el paciente / título que autoriza a actuar en representación del paciente			Intérprete, en caso se haya utilizado uno	
Firma del testigo	Fecha	Hora	Fecha de expiración o evento	

☐ **La firma debe validarse con la licencia de conducir o la firma en el registro médico. Es posible que haya un cargo por las copias de los registros médicos.*
☐ Copia electrónica solicitada.

Authorization to Use and Disclose Protected Health Information
QHC-HIM-1401SHMS
(Revised 11/10, 02/12, 05/14, 08/14, 04/15)

Patient Label