

AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Al completar este documento autorizo la divulgación y/o el uso de mi información de salud.
La falta de información requerida en esta forma, podría anular esta autorización.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Por este medio autorizo a _____

A remitir a: _____

(Persona(s)/Organización autorizada(s) a recibir la información)

(Dirección)

La siguiente información:

- a. Toda información de salud referente a mi historial médico, salud mental o condición física y tratamiento recibido – o
 Solo la siguiente información de salud (incluyendo cualquier fecha):

b. Específicamente autorizo se remita la siguiente información (marque según apropiado):

- Información sobre tratamiento de salud mental¹
(Se requiere autorización separada para el uso / divulgación de notas de psicoterapia.)
 Resultados de la prueba del HIV
 Información sobre tratamiento de alcohol/droga

PROPÓSITO

El propósito de esta requisición es para uso del: Paciente **u** Otro:

EXPIRACIÓN

Esta autorización expira en: _____

(Fecha)

MIS DERECHOS

Podré rehusarme a firmar esta Autorización. Mi rechazo a firmar no afectará mi habilidad de obtener beneficios para tratamiento, pago o elegibilidad.²

Podré inspeccionar u obtener copia de my información de salud para la cual se me está requiriendo esta Autorización.

Podré revocar esta Autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y someterlo a la siguiente dirección: **265 W. Hwy. 50, Clermont, FL 34711**

Mi revocación tomará efecto tan pronto la misma se reciba, excepto en el caso en que la misma se haya ya ejecutado. Tengo derecho a una copia de esta Autorización.³

La información divulgada, basada esta Autorización, podría ser re-divulgada por la persona/entidad que la recibe. En algunos casos, dicha re-divulgación no esta protegida por leyes estatales y /o por leyes federales sobre confidencialidad (HIPAA).

Si esta caja está marcada, la persona/organización que solicita la información de salud, recibirá pago por el uso o divulgación de mi información.⁴

FIRMA

Fecha _____

Hora _____ am / pm

Firma _____
(Favor de circular uno: paciente / representante / esposo(a) / persona con responsabilidad financiera)

Si firmado por una persona que no es el paciente, indique a continuación su responsabilidad legal con el mismo: _____

Testigo _____

¹Si la información de salud mental es cubierta por el acta de Lanterman-Petris-Short y su divulgación a una tercera entidad esta siendo requerida por el paciente, el médico, psicólogo, trabajador social o terapeuta de familia o matrimonio, a cargo del paciente, deberá aprobar la misma. Si no es aprobada, las razones deberán ser documentadas. El paciente podría legalmente obtener una copia de su record y proveerle dicha copia a una tercera entidad; sin embargo,

²Si alguna de las excepciones reconocidas bajo la ley de HIPAA aplican a esta declaración, entonces esta declaración deberá ser cambiada para describir las consecuencias al individuo sobre la negación a firmar la autorización cuando esa 'entidad cubierta' podría condicionar tratamiento, inscripción a plan medico o elegibilidad de beneficios si no obtiene dicha información. Si la 'entidad cubierta' recibe una autorización, la misma esta permitida a condicionar tratamiento, inscripción a plan medico o elegibilidad de beneficios de manera siguiente: (i) para llevar a cabo tratamiento relacionado con trabajo de investigación, (ii) para obtener información en connexion a la determinación de un plan para proveer beneficios a personas saludables o para determinar el nivel de riesgo que es el individuo al plan, o (iii) para crear, proveer y divulgar información de salud a una tercera entidad. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia deberá requerirse al individuo a que autorize las notas de psicoterapia.

³Bajo HIPAA, se le debe proveer al individuo con una copia de la autorización cuando la misma ha sido requerida por una 'entidad cubierta' para su propio uso y divulgación.

⁴La entidad que requiere la información deberá completar esta sección.