



# AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Al completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica. Esta autorización puede perder su validez si no proporciona toda la información solicitada.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ **Porfavor proveer su identificacion valida.**

E-mail: \_\_\_\_\_

## USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por medio del presente autorizo a: \_\_\_\_\_  
divulgara:

\_\_\_\_\_  
*(Personas u organizaciones autorizadas a recibir la información)*

\_\_\_\_\_  
*(Domicilio — calle, ciudad, estado, código postal)*

La siguiente información:

- a.  Toda la información médica referente a mi historia médica, estado mental o físico y tratamiento recibido; O
- Sólo los siguientes expedients o tipo de información (incluso las fechas):

b. Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque donde corresponde):

- Resultados de análisis de VIH \_\_\_\_\_ (inicial)
- Información sobre tratamiento de alcoholism o drogadicción \_\_\_\_\_ (inicial)

Se requiere una autorización adicional para permitir la divulgación o el uso de notas de psicoterapia, según se define en las regulaciones federales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos.<sup>1</sup>

(sobre)

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Healthcare providers that do not maintain psychotherapy notes as defined in HIPAA may wish to delete this sentence.

## OBJETIVO

Objetivo del uso o divulgación solicitados:

Solicitud de paciente; O

Otro:

Limitaciones, si existen: \_\_\_\_\_

## VENCIMIENTO

Esta autorización vence el (fecha): \_\_\_\_\_

## MIS DERECHOS

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi calificación para obtener tratamiento o pago ni mi calificación para obtener beneficios.<sup>2</sup>
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica cuyo uso o divulgación se me solicita que autorice.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito<sup>3</sup> y presentar mi revocación en este domicilio: \_\_\_\_\_.

Mi revocación tundra vigencia cuando se reciba, except en la medida en que otras personas hayan actuado basados en esta autorización.

- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> If any of the HIPAA recognized exceptions to this statement applies, then this statement must be changed to describe the consequences to the individual of a refusal to sign the authorization when that covered entity can condition treatment, health plan enrollment, or benefit eligibility on the failure to obtain such authorization. A covered entity is permitted to condition treatment, health plan enrollment or benefit eligibility on the provision of an authorization as follows: (i) to conduct research-related treatment, (ii) to obtain information in connection with a health plan's eligibility or enrollment determinations relating to the individual or for its underwriting or risk rating determinations, or (iii) to create health information to provide to a third party or for disclosure of the health information to such third party. Under no circumstances, however, may an individual be required to authorize the disclosure of psychotherapy notes.

<sup>3</sup> Patients of federally-assisted substance abuse programs and patients whose records are covered by LPS may revoke an authorization verbally.

<sup>4</sup> Under HIPAA, the individual must be provided with a copy of the authorization when it has been requested by a covered entity for its own uses and disclosures (see 45 C.F.R. Section 164.508(c)(4)).

- El destinatario de la información divulgada en virtud de esta autorización puede volver a divulgarla. Dicha nueva divulgación en algunos casos no es +prohibido por la ley del Estado de California, y puede no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe la información sobre mi salud la revele, a menos que yo autorice dicha revelación o que ésta sea requerida por la ley o permitida por ésta.

## FIRMA

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente o representante legal)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(representante legal)

### NOTESFORPROVIDERSTHATUSETHISFORM:

- If the purpose of the authorization is to use the information for marketing by a third party that remunerates the provider, a statement to this effect must be included in this authorization form.
- If the purpose of the authorization is for the sale of protected health information (PHI), this form must state whether the PHI can be further exchanged for remuneration by the initial recipient.
- A provider that discloses health information pursuant to an authorization must communicate any limitation contained in the authorization to the recipient [Civil Code Section 56.14]. The required notification may be accomplished by giving the recipient a copy of the authorization form.