

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				Dirección de correo electrónico			
Agencia o persona(s) autorizada(s) para recibir mi información médica							
Dirección			Ciudad		Estado		Código postal
Número de teléfono				Dirección de correo electrónico			
La información médica que se puede usar o divulgar se limita a lo siguiente: <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Registros de la sala de emergencia <input type="checkbox"/> Resúmenes de altas hospitalarias <input type="checkbox"/> Historiales médicos y exámenes físicos <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes patológicos <input type="checkbox"/> Notas quirúrgicas <input type="checkbox"/> Estudios por imágenes y radiografías <input type="checkbox"/> Informes radiográficos <input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Tiras de cardiocografía <input type="checkbox"/> Otros (<i>especificar</i>) _____ 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: <input type="checkbox"/> Tratamientos o consultas <input type="checkbox"/> A solicitud del paciente <input type="checkbox"/> Investigaciones <input type="checkbox"/> Comercialización <input type="checkbox"/> Facturación o reclamos <input type="checkbox"/> A solicitud del empleador <input type="checkbox"/> 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.							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 prohíbe 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
<input type="checkbox"/> *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. <input type="checkbox"/> 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)