

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACION DE EXPEDIENTES MÉDICOS

De acuerdo con la ley de portabilidad y rendición de cuentas del seguro de salud de 1996 y el reglamento promulgado en virtud del cual rige la privacidad de la información médica, este aviso le informa del propósito de la forma y de cómo se usará.

**PROPÓSITO(S) PRINCIPAL(es):** esta forma es proporcionar a Sanitas un medio para solicitar el uso y/o divulgación de la información de salud protegida de un individuo.

**USO(S) DE RUTINA:** a cualquier tercero o individuo, previa autorización para la divulgación del individuo, en un plazo de 3 a 5 días hábiles, para: uso personal; seguro; tratamiento o atención médica continuada; Escuela; legal; jubilación/separación; u otras razones especificadas a continuación.

**DIVULGACIÓN:** voluntaria. La falta de firmar el formulario de autorización resultará en la no liberación de los registros médicos.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
mm    dd    aa

Yo soy el cliente y por la presente autorizo el uso o divulgación de la información de salud, incluyendo información de salud protegida, sobre mí como se describe a continuación.

Soy el representante del cliente y entiendo y acepto las disposiciones de esta autorización en nombre del cliente. Mi autoridad para actuar en nombre del cliente es la siguiente: \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de información de salud, incluyendo información de salud protegida de la siguiente manera:**

Autorizo a Sanitas a:     Revelar u     obtener de: \_\_\_\_\_

**LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:** Sanitas y cualquier plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico, u otro proveedor de atención médica que ha proporcionado el pago, tratamiento o servicios a mí o en mi nombre.

### LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA A:

Cliente/Representante Legalmente Autorizado     Sanitas     Planes de salud y terceros pagador (s)

Cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, facilidad médica, u otro proveedor de atención médica que ha proporcionado el pago, tratamiento o servicios a mí o en mi nombre.

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN A DIVULGAR:

Registros médicos generales, incluida la TB     Notas de Progreso     Consultas     Historia y resultados físicos


Inmunizaciones     Planificación familiar     Registros prenatales     Informes de exámenes de diagnóstico

Especificar el tipo de prueba (s): \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_ Especifique fechas del servicio \_\_\_\_\_

Al seleccionar y firmar en las siguientes categorías de información confidencial listadas a continuación, estará autorizando la divulgación de dicha información.

- ADN/pruebas genéticas
- Expedientes de la salud mental
- Agresión sexual
- Enfermedades de transmisión sexual
- Registro de consumo de sustancias psicoactivas
- Registros Psicólogo/Psicoterapeuta
- Matrimonio/terapeuta familiar, trabajadores sociales clínicos
- Maltrato infantil o negligencia/intervención temprana



---

---

---

---

---

---

---

---

**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN**

- Tratamiento
- Uso personal
- Facturación/pago
- Continuidad de la atención
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**FECHA DE CADUCIDAD:** esta autorización caducará (insertar fecha) \_\_\_\_\_ entiendo que, si no especifico una fecha de vencimiento o un evento, esta autorización caducará doce (12) meses a partir de la fecha en que se firmó.

**REVELACIÓN:** entiendo que una vez que la información anterior es divulgada, puede ser revelada por el destinatario y la información no se puede proteger por leyes o regulaciones federales del aislamiento.

**ACONDICIONAMIENTO:** entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario y que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios no pueden condicionarse si firmo esta autorización.

**REVOCACIÓN:** entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación al Departamento de registro médico. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido publicada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

**HONORARIOS POR COPIAS:** entiendo que las leyes federales y estatales permiten que ciertos honorarios sean cargados para la copia de expedientes del paciente y que puedo ser honorarios cargados de acuerdo con tales leyes.

**Solicito y autorizo la divulgación de la información descrita anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Representante

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
mm dd aa

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/Representante

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo (opcional)

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
mm dd aa