

## AUTORIZACION 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: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
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. Yo autorizo a Sanitas a:**

Revelar a \_\_\_\_\_  obtener de \_\_\_\_\_

Por favor ingrese nombre del proveedor e información de contacto \_\_\_\_\_

Por favor ingrese nombre del proveedor e información de contacto \_\_\_\_\_

**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: (Selección inicial)

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

Inmunizaciones  Planificación familiar  Registros prenatales  Informes de pruebas de diagnóstico

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

Otro: \_\_\_\_\_ Especificar fechas del servicio: \_\_\_\_\_

Al seleccionar una categoría de información altamente confidencial listada abajo y al firmar en la línea apropiada después de la casilla marcada, autorizo específicamente la divulgación del tipo de información altamente confidencial indicada junto a mi firma.

- ADN/Pruebas genéticas \_\_\_\_\_
- Alcohol/Abuso de sustancias \_\_\_\_\_
- Expedientes de salud mental \_\_\_\_\_
- Psicólogo/Psicoterapeuta notas y registros \_\_\_\_\_
- Matrimonio/terapeuta familiar o registros de trabajadores sociales \_\_\_\_\_
- Maltrato infantil o negligencia/intervención temprana \_\_\_\_\_
- Abuso sexual \_\_\_\_\_
- Enfermedades de transmisión sexual \_\_\_\_\_
- Información confidencial relacionada con VIH \_\_\_\_\_

**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