

Es obligatorio completar todas las porciones de este formulario para que el mismo constituya una autorización válida para la divulgación de información médica, en virtud de la reglamentación que emana de Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro Médico (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act). Si alguno de los campos queda en blanco, la autorización se considerará imperfecta.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de historia clínica
---------------------	---------------------	----------------------------

Domicilio	Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono
-----------	-------------------------------	--------------------

Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica, según se describe a continuación:

Institución autorizada para divulgar mi información médica

Agencia o individuo/s autorizados para recibir mi información médica

Domicilio	Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono
-----------	-------------------------------	--------------------

La información médica que puede usarse/divulgarse se limita a lo siguiente: Notas de avance Registro de la sala de emergencias Resumen del alta Antecedentes de salud y examen físico Consulta/s Resultados de laboratorio Informe patológico Nota/s de cirugías Estudios por imágenes/radiografías Informes radiológicos Registro médico completo Otros (especificar) _____

La información médica que puede usarse/divulgarse se limita a los siguientes períodos de atención:
 Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____ Número de cuenta: _____
 Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____ Número de cuenta: _____

La información médica a divulgar a la agencia/al individuo antes mencionados debe usarse/divulgarse con el o los siguientes fines:
 Tratamiento/consulta A solicitud del paciente Investigación Comercialización Facturación o reclamos de pago
 A pedido del empleador Otro _____

La "información médica" lo identifica a usted (el paciente) por nombre e incluye otros datos de filiación sobre usted. La "información médica" puede incluir, entre otras cosas: registros médicos, placas radiográficas, portaobjetos, trazados, tiras, etc. Por el presente eximo a la Institución que suministra la información, a sus apoderados y empleados de toda responsabilidad, daños y reclamos que pudieran surgir de la divulgación de la información autorizada por el presente, **lo cual incluye información sobre consumo de alcohol, drogadicción, enfermedades contagiosas, incluso el estado de VIH y/o diagnósticos psiquiátricos** que se hubieran compilado durante mi visita, encuentro u hospitalización o realizar copias, de los mismos de acuerdo con las políticas de este establecimiento.

Si **corresponde**, estoy de acuerdo con que se divulguen mis registros médicos o de facturación que contienen la información confidencial antes mencionada. Sí No.

La Información médica protegida usada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no quedaría protegida por esta norma de privacidad. Si se utiliza o divulga información médica relacionada con una investigación, con el propósito de continuar con esta última, no se aplica ninguna fecha o evento de vencimiento.

Esta autorización **vencera automáticamente 60 días** después de la fecha de la firma que consta al pie (salvo lo que se hubiera indicado anteriormente), a menos que se especifique una fecha anterior, o al concluir un evento especificado. Entiendo que me ampara el derecho de revocar la presente autorización en cualquier momento, por escrito, según se indica en el Aviso de prácticas de privacidad, salvo que el establecimiento ya haya hecho alguna divulgación basándose en mi autorización previa.

El tratamiento, pago, inscripción o admisibilidad para los beneficios no se pueden condicionar a la obtención de una autorización si la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro Médico prohíbe dicho condicionamiento. De permitirse este condicionamiento, negarse a firmar la autorización puede derivar en un rechazo de la atención o de la cobertura.

AVISO A LA AGENCIA O INDIVIDUO RECEPTOR: esta información debe tratarse de conformidad con la reglamentación sobre la privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro Médico.

Firma del paciente o de su representante personal autorizado*	Fecha	Hora
---	-------	------

Relación con el paciente/facultad para desempeñarse en nombre del paciente	Intérprete, si se utilizaron sus servicios
--	--

Firma del testigo	Fecha o evento de vencimiento
-------------------	-------------------------------

*Firma convalidada contra la firma que consta en la licencia del conductor o en el registro médico. Puede haber un cargo por copiar los registros médicos.

Patient Label