Sección A: Esta sección se debe completar para todas las Autorizaciones

Nombre del Paciente:	**Fecha de Nacimiento:**	**Teléfono del Paciente:**	**Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social(opcional)**
Nombre del Proveedor:	**Nombre del Beneficiario:**		
Dirección del Proveedor:	**Dirección 1:**		
	Dirección 2:	**Teléfono del Beneficiario:**	
	Ciudad:	**Estado:**	**Código Postal:**

Solicitud de Envío (Si se deja en blanco, se le proporcionará una copia impresa): ☐ **Copia Impresa** ☐**en Formato Electrónico, si está disponible (*por ej.* dispositivo USB, CD/DVD, envío electrónico)** ☐**Correo Electrónico Encriptado** ☐**Correo Electrónico No Encriptado**

NOTA: en el caso en que el establecimiento no pueda realizar un envío electrónico conforme se haya solicitado, se proporcionará un método de envío alternativo (*por ej.,* copia impresa). Existe cierto riesgo de que un tercero pueda ver su Información de Salud Protegida (PHI por sus siglas en Inglés) sin su consentimiento si recibe la información mediante un método electrónico o correo electrónico no encriptados. No nos responsabilizamos por el acceso no autorizado a la PHI contenida en este formato o cualquier riesgo (*por ej.,* un virus) que haya podido ingresar a su computadora o dispositivo al recibir la PHI en formato o correo electrónico.

Dirección de Correo Electrónico:
(si marcó la opción de correo electrónico anteriormente. Por favor escriba con letra clara)

Esta autorización expirará: (Complete la Fecha o el Evento, pero no ambos)
Fecha: **Evento:**

Motivo de la divulgación:

Descripción de la información a utilizar o divulgar

¿Esta solicitud es para notas de psicoterapia? ☐ Si la respuesta es sí, entonces este es el único elemento que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para los otros elementos a continuación. ☐Si la respuesta es no, entonces puede marcar todos los elementos que necesite a continuación.

Descripción:	***Fecha(s):***	***Descripción:***	***Fecha(s):***	***Descripción:***	***Fecha(s):***
☐Toda la PHI en la historia clínica ☐El formulario de ingreso ☐Informes de dictado ☐Indicaciones del médico ☐Ingesta/Evacuación ☐Estudios clínicos ☐Hojas de medicamentos		☐Información operativa ☐ Laboratorio de cateterismo ☐Estudio/Tratamiento especial ☐Tira de Ritmo (ECG) ☐Información de enfermería ☐Formularios de traslado ☐Información de la sala de emergencias		☐Resumen del trabajo de parto/parto ☐Evaluación de enfermería obstétrica ☐Hoja de evolución posparto ☐Factura detallada: ☐ UB-04: ☐ Otro: ☐ Otro:	

Por la presente acepto y reconozco que la información divulgada puede contener información sobre abuso de alcohol, drogas, información genética, psiquiátrica, sobre análisis de VIH, resultados de los análisis de VIH o sobre SIDA._____ (Inicial)

Entiendo que:
1. Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria.
2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no podrán estar condicionados a que yo firme o no esta autorización.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá efecto sobre ninguna acción realizada antes de la recepción de la revocación. Puede encontrar más información en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
4. Si el solicitante o el receptor no es un proveedor del plan de salud o de atención médica, la información divulgada ya no estará protegida por las reglamentaciones federales de privacidad y podrá divulgarse nuevamente.
5. Entiendo que podré ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una tarifa razonable de copiado, si la solicito.
6. Obtengo una copia del presente formulario luego de firmarlo.

Sección B: ¿La solicitud de PHI se realiza con el fin de mercadeo y/o implica la venta de PHI? ☐ Sí ☐ No
En caso de que la respuesta sea sí, el plan de salud o el proveedor de atención médica deben completar la Sección B. Si no es así, diríjase a la Sección C.

¿El receptor recibirá remuneración financiera a cambio de utilizar o divulgar esta información? ☐ Sí ☐ No
En caso de que la respuesta sea sí, describa:
¿El receptor de la PHI también podrá compartir la información a cambio de una remuneración financiera? ☐ Sí ☐ No

Sección C: Firmas

He leído el documento y autorizo la divulgación de la información de salud protegida según lo indicado anteriormente.

Firma del Paciente/Representante del Paciente:	**Fecha:**
Nombre del Paciente o del Representante del Paciente en letra de imprenta:	**Vínculo con el Paciente:**

SUBMIT

ROI